

Os hospitais-rurais e a hidroterapia: ciência médica nas *plantations* do Vale do Paraíba Fluminense oitocentista

Hospitales-rurales e hidroterapia: la ciencia médica en las plantaciones del Valle del Paraíba Fluminense en el siglo XIX

Rural-hospitals and hydrotherapy: medical science in the plantations of Paraíba Fluminense Valley in the 19th century

AUTOR

Anne Thereza
de Almeida
Proença*

proenca.anne@gmail.com

* Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (COC, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil).

RESUMO:

O presente artigo tem o objetivo de analisar como práticas de assistência à saúde foram incorporadas às estratégias administrativas para a boa gestão dos complexos cafeeiros do interior da Província do Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX. O chamado Vale do Paraíba Fluminense era uma importante região para a economia do Império brasileiro à época, devido à alta produção e exportação do café, dependentes da mão de obra escravizada. Com a Lei Eusébio de Queiroz (1850) e a proibição do tráfico internacional de cativos, a manutenção da saúde passou a ser recomendada como forma de prolongar sua vida útil nas lavouras cafeeiras, evitando impactos consequentes desta nova realidade. Entre as iniciativas encontradas na região, destacaremos a construção dos hospitais-rurais e até mesmo a escolha pela hidroterapia como forma de tratamento. Observaremos, com isso, a popularização da ciência médica ao ser incorporada aos hábitos sociais, através de uma elite rural receptiva aos seus conhecimentos, adaptando-os às suas demandas mais urgentes, sendo assim validados, valorizados e reconstruídos pela população.

RESUMEN:

El presente artículo tiene como objetivo analizar cómo las prácticas de asistencia en salud fueron incorporadas a las estrategias administrativas para la buena gestión de los complejos cafetaleros del interior de la provincia de Río de Janeiro en la segunda mitad del siglo XIX. El llamado Valle del Paraíba Fluminense era una región importante para la economía del Imperio brasileño de la época, debido a la alta producción y exportación de café, dependiente del trabajo esclavizado. Con la Ley Eusébio de Queiróz (1850) y la prohibición del tráfico internacional de personas esclavizadas, el mantenimiento de la salud pasó a recomendarse como forma de prolongar su vida útil en las plantaciones cafetaleras, evitando los impactos derivados de esta nueva realidad. Entre las iniciativas observadas en la región, se destacan la construcción de hospitales rurales e incluso la adopción de la hidroterapia como forma de tratamiento. Con ello, se observa la popularización de la ciencia médica al ser incorporada a los hábitos sociales, a través de una élite rural receptiva a sus conocimientos, que los adaptó a sus demandas más urgentes, validándolos, valorizándolos y reconstruyéndolos desde la práctica cotidiana.

ABSTRACT:

This article aims to analyze how healthcare practices were incorporated into administrative strategies for the effective management of coffee-growing complexes in the interior of the Province of Rio de Janeiro during the second half of the 19th century. The so-called Paraíba Valley (Fluminense) was an important

region for the Brazilian Empire's economy at the time, due to its high coffee production and exportation, which depended on enslaved labor. Following the Eusébio de Queiróz Law (1850) and the prohibition of the international slave trade, maintaining the health of enslaved individuals became a recommended strategy to prolong their productive life on the coffee plantations, thus mitigating the consequences of this new reality. Among the initiatives observed in the region, we highlight the construction of rural hospitals and even the use of hydrotherapy as a treatment method. This context reveals the popularization of medical science as it became integrated into social practices, through a rural elite receptive to scientific knowledge—adapting it to their most pressing needs, thereby validating, valuing, and reconstructing it through everyday use.

1. Introdução

O interior da Província do Rio de Janeiro teve a cultura do café como principal elemento propulsor de sua transformação ao longo do século XIX. Neste artigo, interessa-nos analisar como práticas de saúde foram introduzidas nas dinâmicas dos plantéis cafeeiros, transformando-se numa estratégia para prolongar a ‘vida útil’ dos escravizados na lavoura – expressão utilizada em documentos do período e que revela sua então condição jurídica de propriedade. Desta forma, a elite agrária buscava amenizar os possíveis impactos do fim do tráfico internacional de cativos, instituído pela Lei Eusébio de Queiroz (1850), sobre os quais falaremos mais à frente. Para isso, recorreremos principalmente aos manuais agrícolas escritos à época, nacionais e internacionais, aos trabalhos produzidos por médicos enquanto atuaram nestas fazendas agroexportadoras e aos inventários de importantes famílias daquela região. Estas fontes estarão em constante diálogo com publicações oitocentistas, como jornais de grande circulação na província fluminense, e com autores que são referências na temática escolhida.

A região denominada de Vale do Paraíba Fluminense ganhou novos contornos com o crescente número de grandes propriedades cafeiras voltadas para o mercado exportador, a partir da década de 1840, dentro do contexto que os autores Rafael Marquese e Dale Tomich (2015) apresentam como “Segunda Escravidão”.

A Revolução abolicionista do Haiti (1804) abriu caminho para a ascensão de novos espaços de produção de artigos tropicais, já que a antiga colônia francesa de São Domingos era, até então, a maior produtora de café para exportação (Marquese, 2004). As condições brasileiras, principalmente do interior fluminense, tanto em relação aos seus recursos naturais quanto às políticas e estruturas, mostraram-se muito favoráveis às demandas que esse mercado internacional em crescimento impunha.

A estrutura proveniente da mineração foi essencial para o crescimento econômico do café: o comércio voltado para grande entrada de mão-de-obra escravizada no Brasil, os armazéns montados nos portos, a abertura de caminhos da Corte a Minas Gerais, as formas de transporte, adequadas à topografia da região, e uma grande área disponível para ampliar a plantação. A chegada da corte portuguesa ao Rio de Janeiro (1808) ainda promoveu a abertura de novas vias a caminho da Província mineira, com o objetivo de facilitar o escoamento dos gêneros alimentícios, devido à necessidade de alimentar uma população que cresceu repentinamente (Marquese & Tomich, 2015).

Geograficamente localizada na região da bacia do Rio Paraíba do Sul, a região analisada estava bem próxima a Corte. E seu clima, propício para o bom desenvolvimento das lavouras, transformaram-na num grande polo de atração e de fatores decisivos para o sucesso e ampliação dos negócios e fazendas, individualizando o Vale (Brandão, Mattos & Carvalho, 1981), que se tornou grande produtora mundial de café, artigo que deixava de ser considerado de luxo.

De acordo com Mariana Muaze, “a Revolução Industrial inglesa e o novo ritmo de trabalho impulsionaram o aumento do consumo de bebidas estimulantes, a exemplo do café, o que tornou a exportação bastante lucrativa” (Muaze, 2015, p. 64). Destacamos, assim, que a chamada “Segunda Escravidão” teve no capitalismo a condição para sua expansão, já que se baseava na produção de artigos primários e em grande número de mão de obra cativa para manter o desenvolvimento industrial que começava a se formar (Marquese & Tomich, 2015). Com isso, o mercado internacional passou a exigir grande produtividade, o que gerava um

PALAVRAS-CHAVE

Hospitais;
hidroterapia;
século XIX;
escravizados;
Vale-do-Paraíba-
Fluminense.

PALABRAS CLAVE

Hospitales;
hidroterapia; siglo
XIX; esclavizados;
Vale do Paraíba
Fluminense.

KEYWORDS

Hospitals;
hydrotherapy;
19th-Century;
slaves; Vale
do Paraíba
Fluminense.

Recibido:
11/01/2022

Aceptado:
14/07/2023

cenário de competitividade entre áreas agroexportadoras. E para manter essa grande produtividade era necessário grande presença de mão de obra cativa e ativa.

O enriquecimento da classe escravista-senhorial e o novo papel que a sociedade do interior fluminense passou a ocupar no Império brasileiro transformaram a região em vários aspectos. A partir deste protagonismo econômico, dinâmicas internas foram desenvolvidas e direcionaram o ritmo do crescimento e a remodelação dos municípios e de sua população. E todo este movimento culminou na entrada definitiva da elite cafeicultora na política imperial. O Vale, portanto, caracterizou-se pela formação de uma classe senhorial escravista, que buscava adequar seus hábitos e estilo de vida à província que se enriquecia (Salles, 2008).

Como foi dito anteriormente, para manter o ritmo que o mercado internacional exigia à época e garantir a lucratividade advinda desta atividade, era indispensável contar com uma numerosa e produtiva escravaria. E isto resultou na grande entrada de africanos nos portos do Rio de Janeiro, encaminhados como escravizados para estas áreas de produção de café no interior da Província fluminense. Segundo dados apresentados por Ricardo Salles (2008, pp. 258-259), em 1872, durante o primeiro censo populacional realizado em território brasileiro, municípios do Vale do Paraíba Fluminense registravam que sua população era mais que a metade composta por cativos: em Vassouras, 51,38%; em Piraí, 53,03%; em Valença, 55,77%; em Santa Maria Madalena, 57,41%; e em Cantagalo, 57,51%.

Quando comparamos estes números aos mapas detalhados do movimento dos hospitais enviados por Casas de Caridade de Vassouras e Valença e divulgados nos *Relatórios dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro*, entre 1869 e 1870, período próximo ao censo acima citado, temos os seguintes resultados sobre o atendimento à esta população: em Vassouras, os números de cativos entre os pacientes era de 7%, correspondiam a 6% dos recuperados, 18,75% dos que faleceram e nenhum ainda estava em tratamento. Já em Valença, entre os existentes, os cativos correspondiam à 12% do total, 8% entre os curados, 21% entre os óbitos, e entre aqueles que permaneceram foi também de 8% (Silva, 1870, pp. 23-26). Através deste exemplo, observamos que a grande presença dos escravizados na população não era refletida em seus atendimentos nos hospitais tradicionais. Já a elevada porcentagem referente aos falecimentos acaba por consolidar a ideia de que muitos destes cativos só eram remetidos para estas Casas de Caridade em casos mais graves de saúde, os quais provavelmente não conseguiram ser tratados pelos recursos dos hospitais que foram instalados nos plantéis, sobre os quais nos aprofundaremos mais adiante.

Segundo Gisele Sanglard (2021), a criação de Casas de Caridade respondia às exigências da Lei dos Municípios de 1828, que definia as atribuições das Câmaras Municipais. Em seu artigo 69, é ainda colocado como seu dever a conservação destes estabelecimentos, “para que se criem expostos, se curem os doentes necessitados, e se vacinem todos os meninos do distrito, e adultos que o não tiverem sido, tendo médico ou cirurgião de partido”¹. E os municípios que não contassem com estes estabelecimentos deveriam destinar sua renda para suprir as funções que teria uma Casa de Caridade, segundo o artigo acima citado. Estas novas responsabilidades justificam a abertura destas instituições ou de Misericórdias ao longo do período Imperial, assim como o desejo desta elite cafeicultora por possuir títulos nobiliárquicos, que poderiam ser obtidas através de benfeitorias realizadas em prol destes estabelecimentos.

E como todo hospital de caridade era discricionário na definição de quem podia ser atendido: o de Valença, como já apontado, deixava claro que o Irmão com um único escravo seria considerado pobre, e seu escravo teria atendimento gratuito, bem como qualificava o pobre – aquele que não tem recursos de se tratar em sua própria casa; já Vassouras, apenas informa que o Irmão com apenas um escravo será considerado pobre. Em ambos os casos, o escravo era considerado como público pagante, não à toa a população de escravos no Hospital de Valença será ínfima, apenas 6% do total (Sanglard, 2021, p. 18).

A partir das informações trazidas na citação acima e analisando os enfermos atendidos nestes estabelecimentos, consideramos que os hospitais-rurais², estabelecimentos instalados nos complexos

cafeeiros, mantidos pela elite cafeicultora que também fazia parte das irmandades mais importantes de seus municípios, não estavam em posição de concorrência. Estes estabelecimentos particulares formavam um sistema paralelo, além de ser mais um braço da presença da ciência médica frente às outras formas de tratamentos populares culturalmente disseminados pelo interior, expandindo o campo da saúde para as freguesias mais afastadas. Reforçando esta hipótese, apontamos que o foco dos atendimentos entre eles era diferente: nas fazendas, os hospitais-rurais eram instalados para o atendimento aos escravizados, que era público pagante nos hospitais mantidos pelas irmandades (Proença, 2021), como foi citado anteriormente.

É possível encontrar recomendações para a instalação e para um eficaz funcionamento desses estabelecimentos em uma das fontes mais utilizadas pela historiografia para compreender as dinâmicas internas de *plantations* nacionais ou internacionais: os manuais agrícolas. Nesta pesquisa, analisamos *De l'exploitation des sucreries, ou conseils d'un vieux planteur aux jeunes agriculteurs des colonies* (1792), de Poyen Sainte-Marie, *The coffee planter of Saint Domingo* (1798), de Pierre Joseph Laborie, e *Practical rules for the management and medical treatment of negro slaves in the sugar colonies* (1803), de David Collins. Desde o século XVIII, portanto, são registrados detalhes do que era preciso providenciar para a manutenção de um bom hospital-rural, de acordo com os interesses da classe senhorial escravista.

Já as publicações produzidas no Império brasileiro as quais tivemos acesso, como *Manual do Agricultor Brasileiro* (1839), de Carlos Augusto Taunay, *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro* (1847), de Francisco Peixoto de Lacerda Werneck; e *Instruções gerais para a administração das fazendas – Areias 1870* (Aguilar, 2000, p. 108, 110), elaborado pelos filhos de Antônio Clemente Pinto, 1º barão de Nova Friburgo, apenas apontavam a necessidade da presença de um hospital-rural e do médico de partido. Os profissionais assim eram denominados quando atuavam sob contrato com autoridades públicas, para fornecer atendimento gratuito aqueles considerados pobres em suas freguesias; ou com particulares, como é o caso dos médicos contratados para atuar nos hospitais-rurais das fazendas (Proença, 2024b).

Juntamente com esta diferença de abordagem, o que reafirma a hipótese de que os fazendeiros do Vale do Paraíba Fluminense recorriam às recomendações feitas nos manuais agrícolas estrangeiros são as publicações de jornais oitocentistas que circulavam na região e que transcreviam trechos destas obras, como foi possível de observar no *Jornal do Agricultor*, ou aquelas que registravam a procura dos leitores por estes livros e/ou a propaganda da chegada deles nas livrarias. Segundo Marcos Carrilho (2006), o manual de Laborie, por exemplo, tornou-se uma referência para o desenvolvimento do café no Império brasileiro, “destacando-se pela capacidade de expor de forma sistemática e exaustiva, todas as etapas necessárias à implantação de uma fazenda de café” (Carrilho, 2006, p. 61). Estas obras passaram a ser cada vez mais buscadas e disseminadas a partir do momento em que foi criada a necessidade de um guia para que a elite agrária cafeicultora fluminense aprendesse, através de exemplos de seus pares, a ultrapassar momentos de crise (Proença, 2024b).

Este tipo de manuais são frutos do local de observação e das experiências dos próprios autores, sejam como proprietários, como médicos ou até mesmo ocupando ambas as funções. Por isso, nos oferecem um retrato da sociedade nas quais foram escritos, respondendo às questões consideradas mais importantes nos momentos de sua produção ou reedição. Assim, estas obras se tornaram objetos históricos ao revelar o funcionamento das dinâmicas internas e da relação entre os atores que conviviam numa fazenda exportadora. Por isso, os conhecimentos transmitidos não eram apenas técnicos, mas envolvidos pela influência social na qual se desenvolviam.

2. “Não mandeis o vosso escravo adoentado para o trabalho. Este proceder, além de desumano, é prejudicial aos interesses do dono”³

A citação que abre este tópico, no qual apresentaremos os hospitais-rurais, foi retirada da publicação *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro*, escrita por Francisco Peixoto de Lacerda Werneck, o barão de Paty de Alferes, em 1847. Buscando oferecer orientações ao seu filho, Luís

Peixoto de Lacerda Werneck, que retornava à Vassouras para assumir a administração de uma fazenda de café, o barão desenvolveu este manual, no qual explicava “de maneira prática, simples e direta, a fundação, estrutura e funcionamento de uma fazenda escravista no Rio de Janeiro, seus usos e costumes” (Silva, 1985, p. 14). Já na segunda versão deste manual, escrita a partir das experiências já vividas por Luís Werneck, ele destaca que seria “indispensável a todo o fazendeiro possuir alguns conhecimentos da arte de curar e da higiene” (Werneck, 1985, p. 104), só assim estaria capacitado para realizar suas funções.

Segundo Rafael Marquese (2004), a ciência médica se tornou aliada do poder público nas colônias francesas desde meados do século XVIII e isto refletiu nas publicações coloniais do período, citadas anteriormente.

O saber médico era encarado como um instrumento fundamental ao desenvolvimento colonial, dada a percepção do impacto que as doenças tropicais causavam na população branca e nos escravos com evidentes consequências sobre a prosperidade da economia colonial (Marquese, 2004, p. 98).

Partindo deste exemplo, os hospitais-rurais passaram a ser uma das principais estratégias implantadas pelos fazendeiros do Vale do Paraíba Fluminense em suas *plantations* (Proença, 2021). A necessidade da manutenção da saúde dos escravizados e do prolongamento de sua vida útil nas lavouras era uma forma de responder ao aumento do preço dos cativos e a dificuldade de reposição, devido ao fim do tráfico internacional com a Lei Eusébio de Queiroz (1850). A assistência à saúde passou a ser considerada uma ferramenta para boa gestão da fazenda e sua escravaria, colaborando para evitar perdas consideráveis da mão-de-obra, o que significaria um prejuízo para os proprietários à época.

Das 273 propriedades analisadas através do *Inventário das Fazendas do Vale do Paraíba Fluminense*, em 9,5% delas é indicada a presença de um edifício que serviu de hospital-rural. Porém, consideramos que havia uma quantidade muito maior de fazendas com este tipo de instalação, já que esta referência corresponde aqueles que ainda existiram à época do levantamento destes dados. E, após a análise dos inventários de membros das importantes famílias da região, disponíveis no arquivo do Museu da Justiça do Rio de Janeiro, observamos que era comum ter um estabelecimento de saúde em fazendas com mais de 90 cativos e um hospital-rural mais completo em plantéis com mais de 200 (Proença, 2021).

Para tentarmos ter uma dimensão da quantidade de fazendas com locais próprios para o tratamento de cativos, seguimos as categorias estabelecidas por Ricardo Salles (2008), assim como o levantamento feito por ele. O autor classificou como “grandes proprietários” aqueles que possuíam mais de 90 cativos e de “mega proprietários”, os que possuíam mais de 100. Em Vassouras, estes dois tipos de propriedades correspondiam a 21% do perfil dos plantéis (Salles, 2008). Podemos supor, portanto, que a porcentagem de fazendas com a possibilidade de possuírem um hospital-rural em Vassouras seja próxima a esta.

Seguindo os preceitos higienistas determinados pela ciência médica da época, as publicações ressaltavam que os estabelecimentos de saúde deveriam ser bem iluminados, arejados, limpos e desinfetados com regularidade para receber os enfermos cativos e oferecer a eles as melhores condições de tratamento, que se complementariam com a presença de um médico contratado pelo fazendeiro e, em muitos casos, de enfermeiros escravizados libertos ou livres. Todas as despesas com este hospital-rural deveriam ser consideradas investimento na mão-de-obra, como forma de manter sua produtividade na lavoura. Os hospitais-rurais foram a materialização do cuidado que se mostrou necessário ter com a escravaria (Proença, 2021).

Apesar serem guiados por estes manuais agrícolas, devemos considerar que nem sempre era possível que os hospitais-rurais fossem implantados com tudo que era ali recomendado. Na prática, estes estabelecimentos não eram iguais em todas as fazendas. Suas instalações eram proporcionais à condição financeira do proprietário, ao número de escravizados e ao local onde era instalado. Era comum que em fazendas maiores fosse construído um estabelecimento mais completo, em relação a estrutura, equipe e recursos. Possuíam até mesmo uma botica, que era sempre reabastecida pelo proprietário, de acordo com as indicações do médico que lá atendia. Nestes casos, recebiam escravizados de outras fazendas de mesmo proprietário e até dos demais da região, o que fortalecia os laços da rede de interdependência

da classe senhorial com a população. Esta prática acabava promovendo uma ampliação da assistência à saúde baseada na ciência médica e uma circulação de pacientes nas freguesias mais afastadas da sede dos municípios (Proença, 2024b).

Para ilustrar esta questão, recorremos à tese do médico alemão Reinhold Teuscher, apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para obter a revalidação do seu diploma (1853). Nela são apresentadas informações colhidas ao longo seu trabalho como médico nas fazendas da importante família Clemente Pinto em Cantagalo, onde era responsável, segundo ele, pelo tratamento de 900 cativos. Sua publicação nos traz uma interessante descrição sobre esta dinâmica montada para o atendimento aos cativos de diferentes propriedades de mesmo proprietário:

As cinco fazendas das quais falo, chamam-se Santa Rita, Boa Sorte, Boa Vista, Arêas e Itaoca. Só as fazendas de Santa Rita e Arêas tem hospitais regulares, com enfermeiro branco, e fornecido de todos os recursos necessários; das outras fazendas são os doentes mais graves enviados para estes hospitais; as moléstias mais leves tratam-se em casa; só Itaoca manda todos os seus doentes para o hospital de Arêas. Este é o motivo por que só posso apresentar datas completas sobre as povoações de Santa Rita e de Arêas com Itaoca (Teuscher, 1853, p. 6).

Apesar das diferenças na organização interna de cada hospital-rural, ao serem descritos nos inventários, os edifícios são caracterizados de forma bem semelhante: uma casa ou um conjunto delas, com um ou até cinco lances, cobertas de telha, envidraçadas e assoalhadas. Também de acordo com os inventários analisados para esta pesquisa, os valores dos edifícios iam de cento de vinte mil réis (120\$000) a um conto e oitocentos mil réis (1:800\$000), o que certamente correspondia ao estado de conservação deles no momento do auto de avaliação. E nem sempre estes prédios eram exclusivos para o hospital. O proprietário poderia dividi-lo com depósito de gêneros ou cômodos para empregados, como nas Fazendas Penedo e Monte Alegre de José Antônio Castilho⁴. Ou anexo ao engenho, como era o caso do hospital da Fazenda de Campo Alegre, de Manoel Pereira de Souza Barros, o Barão de Vista Alegre⁵ (Proença, 2024b).

E mesmo com esta uma semelhança entre eles, nem sempre os prédios eram construídos já com objetivo de abrigar os hospitais-rurais. Com o acúmulo de riquezas vindas da exportação do café, os proprietários passaram a reformar antigas construções de suas fazendas, algumas delas que existiam desde o final do século XVIII. Seus hábitos, costumes, vestimentas e locais de morada deveriam refletir o novo patamar econômico e social que alcançaram. Por isso, era comum que as casas-sede fossem reformadas ou então fossem construídos novos e imponentes solares (Salles, 2008). Neste caso, prédios antigos poderiam ser adaptados para atender as novas necessidades da propriedade, inclusive abrigar o hospital-rural. Um exemplo é a Fazenda São Fernando, localizada na Freguesia de Paty de Alferes em Vassouras (Proença, 2024b).

Segundo Ricardo Salles (2008), a maioria das fazendas seguia uma disposição arquitetônica padronizada:

Um quadrilátero de construções em torno de um terreiro para secagem ao sol dos grãos de café. Formavam o quadrilátero as senzalas, as tulhas para armazenagem de café, o engenho para processamento dos grãos, uma ou outra construção com finalidades específicas e, destacando-se do conjunto, a casa-grande ou casa de vivenda (Salles, 2008, p. 145).

A localização do edifício reservado ao hospital-rural também era bem semelhante nas propriedades. Normalmente próxima à sede e às senzalas, ela estava de acordo com as recomendações encontradas nos manuais agrícolas analisados, já que uma das funções indicadas ao proprietário era a fiscalização do seu estabelecimento de saúde e o cuidado com os enfermos, seguindo as recomendações deixadas pelo médico e as informações sobre saúde e doenças presentes neste tipo de publicações. Por mais que também fosse um objetivo de manuais, principalmente aqueles escritos por médicos, ensinarem aos fazendeiros a identificarem e tratar uma enfermidade, enfatizavam a necessidade da presença de clínicos nas *plantations*. Deveriam ser ações complementares e que afastariam esta classe escravista senhorial de práticas populares de cura, tão disseminadas no interior fluminense. Saber diagnosticar uma moléstia,

além de agilizar os primeiros-socorros até a chegada do médico, também ajudaria o fazendeiro a identificar os falsos relatos de enfermidades entre os cativos, já que passaram a enxergar nos hospitais-rurais uma possibilidade de descanso do árduo trabalho da lavoura, ainda mais em épocas de colheita (Proença, 2021). No inventário daquele conhecido como Rei do Café, o Comendador José de Souza Breves, encontramos uma rica descrição dos móveis e utensílios do hospital-rural presente na Fazenda do Pinheiro, que contava com 386 escravizados, sendo a maior das fazendas citadas neste documento (Proença, 2021).

Hospital

Um almofariz _ Um banco de encosto _ Uma mesa para autópsia _ Uma armação de botica _ Vasilhame _ Medicamentos _ Duas balanças de metal _ Um balcão com balaústres _ Um relógio americano _ Uma sineta _ Um fogão com caldeira e seus pertences _ Uma cantoneira _ Um alambique de cobre _ Duas bacias de arame _ Um banco _ Dezesseis mesas nos quartos _ Quarenta e oito camas _ Um oratório _ Crucifixo _ Imagem de Santa Rita _ Sete quadros _ Uma pedra d'ara _ Uma campainha de metal _ Um confessionário _ Três galhetas e pratos _ Dois ramos de flores _ Um castiçal de cobre _ Uma escada pequena, por dois contos e quinhentos mil réis, que sai à margem⁶.

Ao serem recolhidos para o hospital da fazenda, os escravizados deveriam encontrar “tudo quanto precisam, boa casa, boa cama, médico e botica” (Ribeiro, 1880, p. 163), para um rápido reestabelecimento, já que a presença deles nestas unidades significaria um tempo sem uma mão de obra fundamental para o ritmo exigido pelo mercado internacional ao qual dependiam e serviam. E este é mais um motivo para a instalação destes locais de assistência nas próprias fazendas ou em fazendas próximas das quais estes escravizados trabalhavam e viviam. Tudo foi pensado e organizado de modo afastá-los o menor tempo possível das lavouras.

Como foi possível observar, além da instalação e manutenção dos estabelecimentos de saúde de acordo com os preceitos da ciência médica, ainda era recomendado o contrato com os clínicos, que fariam visitas constantes aos hospitais-rurais e deixariam com os enfermeiros suas indicações de tratamento e medicação adequados a cada caso, na tentativa de prolongar o tempo de vida produtiva dos cativos que, nos cafezais, estava por volta de 15 anos (Stein, 1961). A necessidade de manter a produtividade, dentro do contexto de competitividade do Vale exportador, reforça a ideia de que “as ações de cuidado com a saúde dos escravos refletem claramente o interesse dos proprietários em manterem-nos em condições favoráveis de trabalho” (Barbosa, 2014, p. 130). A implantação desta prática fez com que a região se mantivesse em constante produção enquanto outras enfrentavam dificuldades em manter a entrada de riquezas provenientes do café (Barbosa, 2014).

A partir do que foi apresentado até o momento, podemos imaginar que o discurso médico era introduzido nestas propriedades com facilidade e grande autoridade e, por isso, era rapidamente absorvido por todos que compunham a dinâmica daquela fazenda. Porém, a teoria científica muitas vezes não respondia às demandas da realidade encontrada nesta região. E mesmo defendendo um discurso correspondente aos interesses da elite à época, os serviços médicos poderiam ser preteridos na escolha do paciente por seu tratamento, já que esta escolha estava relacionada às concepções de saúde e doença do próprio enfermo. Compreendemos, assim, que a palavra do médico não era a última, nem entre seus pacientes, nem entre os fazendeiros, mas certamente tinha grande peso junto àqueles cujos interesses poderiam ser alcançados através do que era defendido em seu discurso (Proença, 2024b).

Ainda devemos enfatizar que antes mesmo da chegada dos clínicos à estas propriedades, já havia um conhecimento sendo produzido, transmitido e aplicado nos tratamentos realizados entre os pacientes-cativos, para quem estes hospitais-rurais foram instalados. Através da observação, das experiências, dos seus próprios entendimentos sobre doenças e das diversas heranças culturais compartilhada entre eles, utilizavam dos recursos naturais disponíveis para conseguir os efeitos que pretendiam em cada enfermidade. Os cativos, portanto, não eram apenas receptores passivos dos tratamentos que lhes eram impostos por seus senhores e pelos médicos contratados por eles (Covey, 2007).

Observamos que os hospitais-rurais acabavam reunindo os médicos, com seu conhecimento científico-acadêmico; os enfermeiros libertos ou cativos, que trouxeram consigo ou aprendiam as práticas de cura da África; e os fazendeiros, que deveriam estar sempre presentes, fiscalizando e auxiliando seus escravizados enfermos neste momento de fragilidade, além de aplicar o que aprendiam através dos manuais agrícolas. Por isso, os consideramos como um tipo zona de contato, palco de trocas inevitáveis de conhecimentos entre estes atores, em que todos ensinaram e aprenderam com os demais, mesmo que muitas vezes isso não tenha sido documentado (Proença, 2024b).

3. A cura também viria das águas

Acompanhar a questão do tratamento de saúde dado aos escravizados mostra que a rede de relações do Vale do Paraíba Fluminense não se dava apenas entre os proprietários e setores livres da sociedade e que compreendê-la pode revelar aspectos importantes para o entendimento do papel da área da saúde como um dos fios condutores desta relação. A escravidão “era o cenário e a base da expansão social, econômica e política da classe senhorial” (Muaze, 2011, p. 329). Além disso, esta relação também se baseava no receio constante de uma revolta vinda da senzala, já que os cativos estavam em maior número, como apresentamos anteriormente.

Por estar fazer parte desta área de vital importância para a economia agroexportadora do segundo Império, cada vez mais o município de Cantagalo tornava-se destino de grande parte da mão de obra cativa que chegava ao Brasil, mantendo-se assim até a abolição da escravidão, em 1888. Porém, a partir de 1850, com a Lei Eusébio de Queiroz, que proibia o tráfico internacional de escravos para o Brasil, houve uma queda na disponibilidade de reposição desta mão de obra, impactando diretamente na dinâmica das áreas cafeeiras, como já foi apresentado anteriormente. Segundo Keith Barbosa (2014), as principais ações dos cafeicultores foram justamente a construção de hospitais-rurais em suas fazendas, contrato com médicos e gastos com medicamentos. A preocupação com a saúde dos escravizados, portanto, visava a amenizar perdas significantes, que certamente prejudicariam a produtividade e, conseqüentemente, a lucratividade de suas *plantations*.

Assim, a relação entre grandes proprietários e médicos moldava-se a partir dos interesses de ambas as partes. Os profissionais percorriam as fazendas dentro de um contexto que também englobava a institucionalização do discurso médico. A crescente exploração do trabalho escravizado, acompanhando as demandas da agro exportação, transformava as condições de vida dentro das fazendas, aumentando a probabilidade do aparecimento e propagação de doenças. Com isso, fornecer assistência aos cativos, principalmente aqueles que lidavam diretamente com as plantações, se tornou indispensável. As doenças dos escravizados preocupavam os seus senhores a partir do momento em que interferiam no desenrolar de suas funções (Barbosa, 2014) E os médicos, portanto, “buscavam alcançar melhores honorários nas ricas propriedades do Vale do Paraíba, ocupando-se das enfermidades dos senhores de terras, de seus familiares e, principalmente, dos seus cativos” (Barbosa, 2014, p. 172). A saúde como ferramenta contribuiu para o aumento dos médicos na região. E, entre estes profissionais, destacamos o médico italiano Carlos Eboli, por sua iniciativa com o tratamento hidroterápico na região do Vale do Paraíba Fluminense (Proença, 2017).

Nascido em 1832, formou-se em 1856 na Faculdade de Medicina da Universidade de Nápoles (EBOLI, 1863). Mudou-se para o Brasil logo depois, sendo seu primeiro registro como médico residente em Cantagalo feito pelo *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Província do Rio de Janeiro* no ano de 1860. Porém, somente em 1863 apresentou à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a tese intitulada *Do diagnóstico, prognóstico e tratamento das moléstias em geral*, com a finalidade de validar seu diploma. Consideramos, portanto, esta interiorização como uma estratégia dele e de outros médicos estrangeiros para já começarem a trabalhar no Brasil, mesmo antes de ter seu diploma reconhecido. E, assim como outros profissionais contemporâneos, atuou como médico nas fazendas de café de grandes proprietários (Proença, 2017).

Keith Barbosa (2014) aponta que foi Eboli o médico que, entre 1864 e 1866, “mais forneceu receitas para a Fazenda Passos” (Barbosa, 2014, p. 185), de propriedade do comendador Manoel Teixeira e Souza Júnior, mostrando que sua atuação médica não esteve sempre ligada ao tratamento hidroterápico. Ressaltamos ainda que a Fazenda Passos possuía uma grande escravaria, somando 240 cativos (Barbosa, 2014). Seu proprietário também era dono das fazendas Olaria, Lavrinhas e Retiro, participava da política na vila de Cantagalo e possuía negócios com Antônio Clemente Pinto. Assim como foi feito ao longo desta pesquisa, a presença de Carlos Eboli nesta propriedade foi observada por Keith Barbosa (2014) através de recibos anexados ao inventário post-mortem de Manoel Teixeira.

O periódico cantagalense *O Voto Livre* (22/02/1885), descreve a presença do médico italiano no município: sua atuação esteve ligada a clínica livre ou ao que eles denominavam médico de partido. No caso de Carlos Eboli, como apresenta-nos o periódico, este contrato foi feito com a família Clemente Pinto. Então, antes mesmo de introduzir seu projeto hidroterápico na região, Carlos Eboli já era funcionário do barão de Nova Friburgo (Proença, 2017).

O imigrante português Antônio Clemente Pinto (1795-1869) chegou ao Brasil por volta de 1820 e construiu sua riqueza através do comércio no Rio de Janeiro, principalmente na área de compra e venda de escravizados, a qual foi investida posteriormente em terras e mão de obra. Estendeu suas atividades à Região Serrana, diversificando seus investimentos. Sua empresa, Friburgo & Filhos, ocupava-se dos processos que passava o café até sua exportação (Folly, Oliveira & Faria, 2010). Recebeu o título nobiliárquico de barão de Nova Friburgo através do decreto do Imperador Dom Pedro II, em 1854 (Folly, Oliveira & Faria, 2010).

Em suas fazendas eram produzidos gêneros alimentícios diversos e a pecuária também era uma atividade presente, o que promovia uma “certa autossuficiência” destas propriedades (Folly, Oliveira & Faria, 2010, p. 28). Principalmente a partir dos lucros advindos do café, aumentou sua riqueza e afirmou sua posição social, tornando-se o fazendeiro mais rico, não só da região, como do Brasil. Estima-se que Antônio Clemente Pinto possuía quinze fazendas nas localidades de Cantagalo, Nova Friburgo e São Fidélis e cerca de 2.200 escravizados (Folly, Oliveira & Faria, 2010). Em suas propriedades, encontramos a presença de hospitais-rurais e de diversos médicos, muitos deles estrangeiros, como foi o caso do médico alemão Reinhold Teuscher, citado anteriormente, e do italiano Carlos Eboli.

Entre as diversas propriedades da família Clemente Pinto, foi a Fazenda Gavião, em Cantagalo, o palco dos primeiros passos do médico italiano na introdução do tratamento hidroterápico na região. Em 1869, seu tratamento através da aplicação de duchas já era procurado e indicado aos enfermos da região, mesmo que ainda realizado em uma casa adaptada da fazenda, com poucos equipamentos. Seus discursos a favor da hidroterapia e sua atuação médica fizeram dele uma figura conhecida e reconhecida na localidade, sendo suas palavras reforçadas por Antônio Clemente Pinto: “O velho barão confirmava sempre, com o prestígio do seu testemunho, as palavras eloquentes do fogoso propagandista” (Estabelecimento, 1887, p. 3). A influência do barão, portanto, confirmava e reforçava os êxitos declarados por Carlos Eboli através do seu tratamento. E foi durante esta experiência que o médico colheu as observações clínicas utilizadas na memória denominada *Hydroterapia* (1871), que apresentou à Academia Imperial de Medicina, e através da qual se tornou membro correspondente (Proença, 2017).

Palavra de origem grega, Hidroterapia significa tratamento pela água. A prática consistia “na administração da água fria em abundância, quer interna quer externamente, combinada com um meio sudorífico enérgico, fricções prolongadas, exercício quase incessante, regime simples e ar vivo e puro” (Chernoviz, 1908, p. 699). Em sua memória, Carlos Eboli descreve a ciência da hidroterapia, que consistia na escolha do modo de tratamento correto dentre os diferentes instrumentos para regular a temperatura e a pressão da água, o tempo correto para duração do tratamento, de acordo com o efeito que se desejava obter, e se havia a necessidade de utilização de métodos auxiliares. O estado clínico do paciente também seria investigado, para procurar alternativas de aplicação das duchas caso estivesse muito debilitado para aquela que lhe era recomendada. Por isso, enfatizava que a ciência hidroterápica necessitava ser conduzida por quem soubesse fazer bom uso dela. Se mal-empregada, a água poderia trazer mais malefícios do que

benefícios à saúde. Foram estes malefícios que provocam a descrença ou desconfiança nesta prática à época (Proença, 2024a).

Carlos Eboli dividiu sua memória em quatro partes, sendo a última delas intitulada de *Observações clínicas sobre as moléstias mais importantes, que tem sido e devem ser tratadas pela hydrotherapia*. Nela estão as observações clínicas colhidas entre 1868 e 1870, período utilização das duchas na Fazenda Gavião. Além de suas próprias observações, citou também observações de outros médicos que produziram estudos sobre a hidroterapia. Nesta parte, o médico apresenta descrição majoritária de casos de escravizados enfermos (70%) comparadas a outras ocupações relacionadas por Carlos Eboli (Proença, 2024a).

Ele ainda registra o fato de que antes de serem encaminhados para o tratamento hidroterápico, os cativos estiveram reclusos nos hospitais-rurais de suas fazendas, em alguns casos por meses, o que os impossibilitava de realizar suas funções. Assim, suas duchas consistiam em um novo e promissor recurso para o tratamento daquelas enfermidades. Porém, sua prática de curar tinha que ser interrompida a partir de setembro. Por ainda não possuir equipamentos completos, não era possível resfriar a água, condição indispensável para a realização da Hidroterapia. Desta forma, os tratamentos deveriam realizados prioritariamente em meses mais frios, e interrompidos quando a água começava a atingir uma temperatura elevada. Por isso, a grande maioria dos atendimentos foi realizada no mês de junho (Proença, 2024a).

A maioria dos escravizados tratados na Fazenda Gavião neste período estavam acima dos 30 anos, reafirmando uma característica importante após a Lei Eusébio de Queiroz (1850): o envelhecimento da mão de obra cativa das primeiras levas que chegaram à região, como também aponta Ricardo Salles (2008) para o caso de Vassouras. Os proprietários, portanto, recorrem ao tratamento deles como forma de não os anular para o trabalho, num contexto de escassez da disponibilidade de novos escravizados (Proença, 2017).

Com berço na França, país de maior influência sobre esta classe senhorial escravista no século XIX, a medicina começou a distanciar a cultura da água como forma de tratamento do que era considerado saber popular e aproximá-la do campo científico, abrindo espaço para o reconhecimento do tratamento eficaz de enfermidades através da Hidroterapia. Podemos considerar, portanto, que ao permitir a instalação de um primeiro estabelecimento de duchas da região na sua principal fazenda em Cantagalo, Antônio Clemente Pinto mostrava-se o quão próximo estava das novidades de tratamento médico europeu. Assim, a Fazenda Gavião tornava-se um local de representação social, além da produção e de grande concentração de mão de obra cativa (Muaze, 2011).

A importação dos hábitos, mentalidades e até bens materiais por estes grandes proprietários iam de acordo com o interesse em ostentar sua riqueza e afirmar sua posição social. A família Clemente Pinto destacou-se ao utilizar deste tipo assistência à saúde para se diferenciar dos demais fazendeiros, ainda que seguindo a mesma estratégia para enfrentar o momento de crise consequente da Lei Eusébio de Queiroz (1850). Formou-se, assim, entre Eboli e os Clemente Pinto uma relação de interesse mútuo: enquanto o barão utilizou o discurso do médico como uma das formas para instituir novos hábitos e os seus serviços para prolongar a vida útil dos escravizados, mantendo sua produtividade, o médico se beneficiou da credibilidade desta família junto à população para conseguir seu reconhecimento profissional na região (Proença, 2017).

4. Considerações finais

Segundo Eloy de Andrade (1989), a realização de contratos entre médicos e fazendeiros e a manutenção dos hospitais-rurais nos complexos cafeeiros, conservou-se “até 13 de maio de 1888. Com a Lei Áurea, foram todos dispensados” (Andrade, 1989, p. 292). Como este sistema era mantido principalmente para atender aos cativos, visando sua máxima produtividade pelo maior tempo possível, com o fim do sistema escravista, os antigos senhores não se viam mais na obrigação de arcar com tais despesas de seus trabalhadores. Este memorialista ainda aponta que existiram casos nesta população recém liberta e sem condições de pagar por seus tratamentos em que foram solicitadas consultas e medicamentos gratuitos aos médicos em seus

consultórios particulares, possivelmente aqueles que os atendiam nas fazendas (Proença, 2024b). Porém, o mais comum era que estes ex-escravizados se dirigissem às Casas de Caridade, caso precisassem de serviços médicos, formando o que as autoridades denominavam “pobreza desvalida” e “indigentes” que recorriam à assistência provida pela caridade” (Pimenta, 2017, p. 55).

A Lei do Sexagenário (1885), que determinou a liberdade de cativos acima de 60 anos de idade, e, posteriormente, a abolição da escravidão (1888) provocaram uma mudança do perfil dos atendimentos nas Casas de Caridade. Inclusive, “a anotação ‘cor’ dos pacientes começa a ser feita em Valença em janeiro de 1883, até então era apenas anotada a condição do indivíduo (livre, liberto, escravo)” (Sanglard, 2021, p. 21). O fim do regime cativo “transformou os ex-escravos idosos – que por idade avançada não podiam mais encontrar sustento através do trabalho – em grupo vulnerável” (Sanglard, 2021, p. 21), passando a integrar o público atendido gratuitamente nas Casas de Caridade. Assim, em 1893, a porcentagem de pacientes negros na Santa Casa de Misericórdia de Valença, que antes era de 6%, chegou aos 53%, segundo Gisele Sanglard (2021). E as Casas de Caridade, “embora não preparadas para o número sempre crescente de pretendentes à hospitalização” (Andrade, 1989, p. 293), passaram a receber cada vez mais ex-escravizados, muitos com idade mais avançada, vindos das megas e grandes propriedades cafeeicultoras do Vale do Paraíba Fluminense.

Estes dados que confirmam que os hospitais-rurais aqui apresentados funcionavam também como apoio a estas Casas de Caridade, além do objetivo principal, indicado nos manuais, de promoverem a assistência à saúde de acordo com os padrões médico-científicos para a manutenção da produtividade e como uma ferramenta recomendada para a administração eficaz de uma *plantation* e sua escravaria. Com o fim deste sistema de assistência à saúde, muitas fazendas não conservaram o prédio antes destinado ao hospital ou então ele passou a ser usado para outro fim, acompanhando as novas necessidades das unidades produtoras (Proença, 2024b).

Já em relação à Hidroterapia, em 1871, dois anos após a morte de Antônio Clemente Pinto, o médico italiano Carlos Eboli inaugurou um grande empreendimento de duchas em Nova Friburgo, cidade vizinha a Cantagalo no interior fluminense. Intitulado de Instituto Sanitário Hidroterápico, era equipado com os aparelhos de duchas e mecanismos para regular a temperatura da água considerados os mais modernos à época, podendo ser equiparado aos mais conceituados da Europa. Este cenário foi de suma importância para a transformação da carreira e do reconhecimento profissional de Carlos Eboli, que se tornou conhecido, ganhando destaque nos principais espaços de discussões médicas do país. A grande influência e investimento da família Clemente Pinto também eram marcantes em Nova Friburgo e, reforçando a ideia do apadrinhamento de Carlos Eboli pela família, podemos considerar que este seria um ponto favorável para a escolha da vila como sede deste grandioso empreendimento. Eboli, portanto, foi beneficiado tanto pelo capital financeiro quanto pelo capital social proveniente dos Clemente Pinto, o que reflete que seu trabalho foi eficaz e correspondeu aos interesses destes importantes cafeeicultores (Proença, 2017).

Por si só, os preços cobrados para frequentar o estabelecimento já realizavam a seleção de quem teria o privilégio de ter acesso às famosas duchas. Destacamos, então, a grande diferença entre a estrutura disponível para realizar o tratamento e, conseqüentemente, o público atendido por Carlos Eboli em Cantagalo e em Nova Friburgo. Mesmo sem uma fonte que nos apresente uma lista detalhada de pacientes, podemos considerar que as duchas hidroterápicas friburguenses receberam um público bem diferente daquelas localizadas na Fazenda Gavião em Cantagalo, já que os novos pacientes/veranistas teriam condições de pagar pelo deslocamento até o estabelecimento, pela utilização dos serviços oferecidos e pela hospedagem (Proença, 2017).

Conquistar a confiança e moldar o olhar da sociedade sobre o entendimento de saúde e doença de acordo com seu discurso científico era o objetivo do grupo médico, porque “se a medicina transforma-se no principal guia da leitura do corpo e da doença é porque a ciência médica se elabora no seio da sociedade e como resposta a seus questionamentos, e não num universo científico totalmente subtraído da realidade” (Faure, 2012, p. 15). Quanto mais este conhecimento fosse absorvido e ressignificado nas atividades

cotidianas mais importantes da sociedade do Vale do Paraíba Fluminense Oitocentistas, mais os médicos conseguiriam ampliar sua clientela frente aos demais praticantes populares de cura. Observamos, portanto, que ciência foi feita também a partir do seu consumo pela sociedade, buscando atender seus interesses e necessidades mais urgentes. E que coube aos médicos aproveitarem de sua utilização como estratégia para boa gestão das *plantations* para expandir o campo médico na região, desenvolvendo estratégias para construir cada vez mais demandas para seu trabalho.

NOTAS

¹ Lei de 1º de outubro de 1828 (1828). Dá nova forma às Câmaras Municipais, marca suas atribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz.

² Estabelecemos esta denominação ao longo do desenvolvimento desta pesquisa para diferenciá-los dos hospitais ligados às irmandades, que normalmente eram instalados na freguesia central, mais urbanizada, dos municípios fluminenses.

³ Francisco Peixoto de Lacerda Werneck (Barão de Paty de Alferes) (1985), *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro*, Brasília, Senado Federal, Fundação Casa de Rui Barbosa (pp. 64-65).

⁴ Tribunal de Justiça (Rio de Janeiro). Museu da Justiça – Centro Cultural do Poder Judiciário. *Inventário do Comendador José Antônio de Castilho* (1883) - RG 8997 / CX 0982.

⁵ Tribunal de Justiça (Rio de Janeiro). Museu da Justiça – Centro Cultural do Poder Judiciário. *Inventário do Barão de Vista Alegre* (1891) - RG 001644 / CX 2833.

⁶ Tribunal De Justiça (Rio de Janeiro). Museu da Justiça – Centro Cultural do Poder Judiciário. *Inventário do Comendador José de Souza Breves* (1879) - RG 020464 / CX 2074.

FONTES

Aguilar, N. (2000). *Mostra do Redescobrimento: negro de corpo e alma. Black in body and soul*. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo.

Chernoviz, P. L. N. (1908). *Formulário e Guia Médico*. 18ª edição. Paris: Typografia de Roger e F. Chernoviz.

Collins, D. (1803). *Practical Rules for the management and medical treatment of negro slaves in the sugar colonies, by a professional planter*. London: Printed by J. Barfield Wardour Street. Recuperado de <https://wellcomecollection.org/works/p4bh9qca/items>.

Dutrône, J. F. (1801). *Compendio sobre a canna e sobre os meios de se lhe extrair o sal essencial, ao qual se ajuntão muitas outras memórias ao mesmo respeito, dedicado à colônia de São Domingos*. Traduzido por Fr. José Mariano da Conceição Veloso. Lisboa, Portugal: Typographia Chalcographica, Typolastica e Litteraria do Arco do Cego. Recuperado de <https://digital.bbm.usp.br/handle/bbm/5346>.

Eboli, C. (1863). *Do diagnóstico, prognóstico e tratamento das moléstias em geral*. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typografia Universal de Laemmert.

Estabelecimento Hidroterápico do Dr. Eboli. Nova Friburgo (1887). *Almanak Gazeta de Notícias*. Oitavo ano (pp. 2-8). Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.

Laborie, P. J. (1798). *The coffee planter of Saint Domingo*. London: printed for T. Cadell and W. Davies, in the Strand. Recuperado de <https://ia800309.us.archive.org/17/items/coffeeplanterofs00labo/coffeeplanterofs00labo.pdf>.

Lei 1º de outubro de 1828: *Dá nova forma às Câmaras Municipais, marca suas atribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz*. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 02 de julho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-1-10-1828.htm

Poyen Saint-Marie (1798). *De l'exploitation des sucreries, ou conseils d'un vieux planteur aux jeunes agriculteurs des colonies*. Pointe-a-Pitre, Isle Guadeloupe, An XI de la république française. Recuperado de <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6233153x.textelimage>.

Ribeiro, L. (1880). Sessão em 5 de Outubro de 1880. *Annaes da Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro*. pp. 163 e 164. Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.

Silva, J. do N. (1870). *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro na segunda sessão da décima oitava legislatura no dia 8 de setembro de 1870*. Recuperado de http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro.

Taunay, C. A. (1839). *Manual do Agricultor Brasileiro*. Rio de Janeiro, Typographia Imperial e Constitucional de J. Villeneuve e Comp.

Teuscher, R. (1853). *Algumas observações sobre a estadística sanitária dos escravos nas fazendas de café*. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e publicamente sustentada aos 22 de julho de 1853. Rio de Janeiro: Villeneuve & Comp., 1853.

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (1891). Museu da Justiça – Centro Cultural do Poder Judiciário. Inventário do Barão de Vista Alegre () - RG 001644 / CX 2833.

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (1883). Museu da Justiça – Centro Cultural do Poder Judiciário. Inventário do Comendador José Antônio de Castilho - RG 8997 / CX 0982.

Werneck, F. P. de L. (1985). *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro*. Brasília: Senado Federal, Fundação Casa de Rui Barbosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, E. de (1989). *O Vale do Paraíba*. Rio de Janeiro: Rio Gráfica e Editora.
- Barbosa, K. V. de O. (2014). *Escravidão saúde e doenças nas plantations cafezeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)*. Tese de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Brandão, B. C., Mattos, I. R., & Carvalho, M. A. R. (1981). *A polícia e a força policial no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Série Estudos – PUC.
- Carrilho, M. J. (2006). Fazendas de café oitocentistas no Vale do Paraíba. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo. N.Sér.v. 14. nº1, jan-jun.
- Covey, H. (2007). *African American Slave Medicine – herbal and non-herbal treatments*. Lexington Books: Plymouth, UK.
- Faure, O. (2012). O olhar dos médicos. In A. Corbin, J. J. Courtine, & G. Vigarello. *História do corpo: da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Folly, L. F. D., Oliveira, L. J. N. de., & Faria, A. M. R. (2010). *Barão de Nova Friburgo: impressões, feitos e encontros*. Rio de Janeiro: UFRJ/EBA.
- Inventário das Fazendas do Vale do Paraíba Fluminense*. Disponível em <http://www.institutocidadeviva.org.br/inventarios/>.
- Lei de 1º de outubro de 1828 (1828). Dá nova fôrma às Camaras Municipaes, marca suas attribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 02 de julho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-1-10-1828.htm.
- Marquese, R. de B. (2004). *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Marquese, R., & Tomich, D. (2015). O Vale do Paraíba escravista e a formação do mercado mundial do café no século XIX. In M. Muaze, & R. Salles (2015). *O Vale do Paraíba e o Império do Brasil nos quadros da Segunda Escravidão*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Muaze, M. (2011). O Vale do Paraíba e a dinâmica Imperial. In *Inventário das Fazendas do Vale do Paraíba Fluminense - fase III*. (pp. 293-340). Rio de Janeiro: INEPAC/ Instituto Cidade Viva, v. 3. Disponível em http://www.institutocidadeviva.org.br/inventarios/sistema/wp-content/uploads/2010/12/15_mariana_muaze.pdf.
- Muaze, M. (2015). Novas considerações sobre o Vale do Paraíba e a dinâmica imperial. In M. Muaze, & R. Salles. *O Vale do Paraíba e o Império do Brasil nos quadros da Segunda Escravidão*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Pimenta, T. S. (2017). Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos. In A. P. Korndörfer, et al. *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo: Oikos.
- Proença, A. T. de A. (2017). *Vida de médico no interior fluminense: a trajetória de Carlos Eboli em Cantagalo e Nova Friburgo (1860-1880)*. Dissertação de mestrado, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Proença, A. T. de A. (2021). Uma casa que servia de hospital: a organização da assistência à saúde nos complexos cafeeiros do Vale do Paraíba Fluminense (1840-1880). In A. Esteves, M. M. L. de Araújo, A. Magalhães, L. F. Gonçalves, & M. O. Machado. *O hospital dos dois lados do Atlântico: instituições, poderes e saberes*. Braga/Portugal: Lab2PT.
- Proença, A.T. de A. (2024a). Carlos Eboli e a cura pela água no interior fluminense do século XIX: uma análise de Hydrotherapia. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 17(1), 187-204.
- Proença, A. T. de A. (2024b). *Mande chamar o doutor! A presença dos médicos no Vale do Paraíba Fluminense*. Tese de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Salles, R. (2008). *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sanglard, G. (2021). Assistência na antiga Província do Rio de Janeiro: contribuições para o debate acerca de sua organização (1830-1890). *Revista História São Paulo*, 40, e2021035.

Silva, E. (1985). O barão de Pati do Alferes e a fazenda de café da velha província. In F. P. de L. Werneck. *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro*. Brasília: Senado Federal – Fundação Casa de Rui Barbosa.

Stein, S. J. (1961). *Grandeza e decadência do café no Vale do Paraíba: com referencial especial ao município de Vassouras*. São Paulo: Editora Brasiliense.