

Alexandra Esteves
Maria Marta Lobo de Araújo
António Magalhães
Luís Ferreira Gonçalves
Manuela Machado
(coord.)

O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes

Landscapes Coleção
Heritage & Paisagens
Territory Património &
Collection Território

O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes

Alexandra Esteves
Maria Marta Lobo de Araújo
António Magalhães
Luís Ferreira Gonçalves
Manuela Machado
(coord.)

- 9 Apresentação
Alexandra Esteves & Maria Marta Lobo de Araújo
- 16 O Hospital Termal das Caldas da Rainha: entre
a centralização da assistência hospitalar e a
caridade cristã (Portugal – século XV-XVI)
Priscila Aquino Silva
- 32 Indagar silêncios na longa duração – poder,
assistência e as pobres do hospital de
Santiago (Braga)
Luís Gonçalves Ferreira
- 50 Judeus e património: os bens fundacionais do
hospital de Todos-os-Santos de Lisboa
Maria de Fátima Reis
- 62 O Hospital de la Caridad de Lima e seu Colegio
Nuestra Señora de la Caridad: espaços de
definição de pobreza (final do século XVIII)
Natália Ceolin e Silva
- 78 O livro de receitas de remédios do cirurgião-mor
do Real Hospital Militar de Vila Boa (1792-1804):
Lourenço Antônio da Neiva
Leandro Carvalho Damacena Neto
- 94 Entre os gestores e os doentes: trabalhar
nos hospitais das Misericórdias portuguesas
(Séculos XVII-XIX)
Maria Marta Lobo de Araújo & Alexandra Esteves
- 112 Da Misericórdia de Lisboa à de São Paulo:
Contextos, aproximações e enraizamentos entre os
Iluminismos e os novos regimes
Ana Nemi

- 128 O Hospício Pedro II e o tratamento dos/as negros/as (Brasil, 1844-1888)
Michelly Vieira & Maria Renilda Barreto
- 144 Uma Casa que servia de Hospital: A Organização da Assistência à Saúde nos Complexos Cafeeiros do Vale do Paraíba Fluminense (1840-1880)
Anne Thereza de Almeida Proença
- 160 O Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes na década de 1860: transformações em curso
Mariana Salvador da Silva
- 176 A assistência à saúde no Portugal de oitocentos: agentes, políticas e instituições
Alexandra Esteves & Maria Marta Lobo de Araújo
- 192 Assistência à pobreza no Vale do Paraíba fluminense: a criação e atuação das Misericórdias de Valença e Vassouras (1838-1889)
Gisele Sanglard
- 208 Impacto das epidemias no espaço público vimaranense de oitocentos: uma visão através da imprensa vimaranense
Sílvia Pinto
- 222 Visibilidades da Presença Portuguesa no Hospital da Misericórdia de Porto Alegre/Rs-Brasil (1803-1857)
Véra Lucia Maciel Barroso
- 246 O Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Medicina e Saúde da Mulher, ao fim do século
Daniel Oliveira

- 262 Misericórdia para os ribeirinhos: assistência e saúde no interior do Brasil da Primeira República
Christiane Maria Cruz de Souza
- 280 Bancos de dados para História da Saúde: funcionalidades no ofício do/a historiador/a
Daiane Rossi
- 290 Saberes hospitalares em instituições espíritas: possibilidades na primeira metade do século XX
Beatriz Teixeira Weber
- 304 Críticas e propostas do naturalista suíço Moisés Bertoni à prática médica e à assistência hospitalar em Assunção (Paraguai) na primeira metade do século XX
Eliane Cristina Deckmann Fleck

Apresentação

Apesar do avanço historiográfico conhecido nas três últimas décadas em Portugal no que diz respeito à assistência e aos hospitais, existe muito ainda por estudar e conhecer. O mesmo se refira para o Brasil, onde se assiste a um progressivo aumento de estudos sobre estas instituições. Instituições de saúde, os hospitais convocam para um mesmo espaço um conjunto de experiências e saberes, que foram evoluindo ao longo dos séculos, muito particularmente no hiato temporal sobre o qual incidem os textos reunidos na presente obra, resultantes da atividade investigativa levada a cabo nos dois lados do Atlântico.

Num período em que o estudo da história dos hospitais ganha terreno em toda a Europa, o livro que se publica constitui um espaço de debate sobre os hospitais em contextos diferenciados, embora ligados pela História até ao começo do século XIX.

A obra, composta por 19 trabalhos, dá a conhecer dinâmicas de criação, funcionamento e administração dos hospitais, ao mesmo tempo que convoca os leitores para o avanço da ciência médica, dos profissionais de saúde e da forma de tratamento das doenças em Portugal e no Brasil. Maioritariamente administrados pelas Misericórdias, os hospitais, embora com características comuns, decorrentes do processo histórico que ligou estes dois países, apresentam particularidades que os associam ao contexto e ao tecido social em que se inserem. Com uma assinalável presença de investigadores brasileiros, em número superior aos portugueses, a obra dedica-se principalmente ao estudo dos hospitais na Época Contemporânea, período em que as Misericórdias e hospitais floresceram no Brasil. Tem ainda a particularidade de chamar a atenção para alguns setores sociais marginais, como as mulheres e os escravos, temas destacados por alguns investigadores nos seus textos.

Priscila Aquino Silva analisa o hospital termal das Caldas da Rainha nos séculos XV-XVI, servindo-se do seu compromisso de 1512 para conhecer as práticas de assistência existentes e nelas a atuação dos profissionais de saúde nos cuidados que prestavam aos que doentes. Esta análise é ancorada na política da Coroa. Balançando entre o medievo e o moderno, o hospital tem a marca de D. Leonor, sua fundadora, e de seu irmão D. João II no impulso dado à reorganização da assistência portuguesa. A autora situa historicamente o surgimento deste hospital e analisa-o somente através das suas regras, permitindo uma imagem estática de uma realidade viva, pautada pela assistência material e espiritual disponibilizada aos enfermos. Na estrutura de funcionamento, destaca os profissionais de saúde, mas também outros assalariados que trabalhavam neste grande hospital, cumprindo uma relevante obra de misericórdia.

O texto de Luís Gonçalves Ferreira levanta o véu sobre uma instituição de Braga totalmente desconhecida até ao momento. Dedicado a mulheres, como comumente é conhecido, nasceu

na Idade Média e prolongou-se até ao século XIX, respondendo às carências de uma população feminina envelhecida e em grande precariedade. O hospital de Santiago foi instituído no âmbito de um legado feito por uma família poderosa do termo da Braga, que deixou bens para garantir a subsistência das que nele eram recolhidas. Embora denominado hospital, a instituição não prestava cuidados de saúde, apenas dava pousada às mulheres, assistindo-as com teto, alimentação e na morte, seguindo uma linha de caridade medieval. Marco de poder e assistência, a instituição em causa é analisada sob o prisma do exercício do poder através da caridade, perpetuando o status da família fundadora.

Os bens fundacionais do hospital de Todos os Santos e a sua ligação aos judeus é analisado por Maria de Fátima Reis. Contextualizando a fundação do grande hospital de Todos os Santos e relacionando-a com a expulsão dos judeus de Castela, o acolhimento em Portugal, a conversão forçada e a sua expulsão, a historiadora demonstra como os bens confiscados aos que não se quiseram converter e deixaram Portugal passaram para a Coroa, sendo em Lisboa parte deles aplicados no hospital de Todos os Santos. Esta transação servia o propósito da caridade, ao fortalecer as rendas do maior hospital do reino. Tratava-se de um contributo importante, ao qual se juntaram várias doações e legados que o mesmo foi recebendo.

O hospital da Caridade de Lima e o seu colégio de Nossa Senhora da Caridade em finais do século XVIII são estudados por Natália Ceolin e Silva. A autora propõe-se neste trabalho analisar as categorias de pobres que neles foram atendidos. A análise das duas instituições repousa no estudo de mulheres e ainda na compreensão da noção de pobre e na resposta institucional. Deve esclarecer-se que quer o hospital, quer o colégio se dedicavam à assistência ao sexo feminino. Muito próximas fisicamente, estas duas instituições atuavam de forma articulada no apoio que davam às mulheres, embora tivessem objetivos e uma clientela muito diferente. O texto permite aceder ao quotidiano das duas instituições, assim como às mudanças que nelas existiram ao logo da Idade Moderna, demonstrando a adaptação feita, de acordo com as necessidades da sociedade em que estavam inseridas. A autora discute ainda os critérios de assistência numa sociedade colonial, demonstrando que estes iam muito além da pobreza, como, aliás, se tem vindo a demonstrar através da muita bibliografia produzida sobre a temática.

O hospital militar de Vila Boa é estudado através das receitas do cirurgião-mor em finais do Antigo Regime, num texto assinado por Leandro Carvalho Damacena Neto. Este hospital, em funcionamento a partir de 1770, tinha por missão tratar militares, única instituição de saúde existente na capitania de Goiás até ao momento da sua fundação. Após historiar a vida do cirurgião mor e da formação destes curadores, o autor debruça-se sobre o seu livro de receitas para através dele conhecer a composição da

APRESENTAÇÃO

arte de curar em finais de setecentos e começos de oitocentos. Com base nas receitas aviadas para o boticário, o autor procura chegar às doenças das tropas e demonstrar os conhecimentos do cirurgião-mor, assim como a forma como os usava para tratar os internados no hospital militar.

O texto que se apresenta de seguida aborda as equipas de trabalho dos hospitais das Misericórdias na longa duração. O estudo de Marta Lobo e Alexandra Esteves aborda as mudanças e principalmente as permanências, demonstrando que a evolução existiu, mas foi muito lenta.

A maioria dos hospitais em Portugal no período em estudo estava sob a administração das Misericórdias e eram os seus membros, nomeados para o efeito, que os geriam. Todavia, no século XIX surgiram em Portugal outros hospitais erigidos por algumas confrarias e por Ordens Religiosas, destinando-se somente aos seus membros.

Embora os irmãos das Misericórdias trabalhassem em regime de voluntariado, os hospitais contavam com equipas de trabalho compostas por assalariados. Eram esses homens e mulheres que cuidavam e tratavam os doentes, mediante a assinatura de um contrato e do pagamento de um salário. O estudo, sem pretender ser exaustivo, aborda os médicos, os cirurgiões, os sangradores, os enfermeiros, os hospitaleiros, os boticários, os criados e as lavadeiras, destacando as suas atribuições, mas também a sua preparação ou a falta dela.

Ana Nemi escreve sobre os sistemas de saúde entre os iluminismos e as novas propostas políticas no Brasil, tendo como pano de fundo a Santa Casa de São Paulo a partir do século XIX. Trata-se de um estudo comparativo entre a instituição referida e o hospital de São José, de Lisboa, na mesma altura. Discutindo o primado do Iluminismo, a investigadora analisa as mudanças operadas no campo da assistência e os seus reflexos no campo da saúde. Partindo de análises separadas, a autora destaca o desempenho do hospital de São José na relação que manteve com o Estado, para posteriormente aludir à Misericórdia de São Paulo, não sem antes caracterizar o contexto e as alterações surgidas em oitocentos. Neste século, as mudanças foram muitas, mas as permanências também. O trabalho demonstra como as permanências se combinaram com as alterações, configurando um sistema em que o direito à saúde emergia com a caridade cristã.

O trabalho de Michelly Vieira e Renilda Barreto reflete sobre o hospício Pedro II e o tratamento oferecido aos negros na segunda metade de oitocentos. A importância deste texto reside no facto de chamar a atenção para um grupo social esquecido pela historiografia durante muito tempo, de o analisar num período em que a Psiquiatria estava a dar os primeiros passos e os loucos começavam, em alguns contextos, ter locais apropriados onde podiam receber algum tratamento. Simultaneamente, procura-se

demonstrar a importância da conservação e guarda das fontes para o conhecimento histórico. Neste trabalho analisam-se diversas variáveis, procurando-se conhecer o sexo, a faixa etária, a doença e a sua sintomatologia, assim como os diversos tipos sociais presentes. Estes doentes encontraram na citada instituição um enquadramento que procurava suavizar as marcas que possuíam no corpo e na alma.

O trabalho de Anne Thereza de Almeida Proença reflete sobre a assistência hospitalar no Vale do Paraíba Fluminense ao longo do século XIX e destaca a atuação dos hospitais criados na região. A autora traça o contexto em que surgiram esses hospitais, caracterizando a região cafeeira e as elites que a compunham. Destaca também o surgimento de Misericórdias e de hospitais no tempo histórico assinalado, realçando os hospitais particulares existentes nas fazendas, os quais eram dirigidos aos escravos que nelas trabalhavam. Importantes para conservar a força de trabalho negro, esses hospitais das fazendas prolongavam também a vida dos escravos, ao mesmo tempo que os mantinham competitivos, pois proporcionavam-lhes condições que não possuíam noutra situação. Nessas enfermarias, como comumente eram designadas, cumpriam-se algumas regras de higiene e os doentes eram acompanhados por um médico, que circulava por outros hospitais e fazia ainda clínica privada. Os hospitais das fazendas provam a assistência prestada pelos senhores aos seus escravos, denotando não somente preocupações de ordem moral, mas principalmente de ordem material, pois sem eles as suas lavouras eram fortemente prejudicadas.

É também do século XIX o texto que Mariana Salvador da Silva escreve sobre o hospital da Santa Casa da Misericórdia de Campos dos Goytacazes, conferindo-se destaque às mudanças ocorridas na segunda metade da centúria nos serviços prestados aos doentes. A autora particulariza a situação do Brasil em termos de saúde na época imperial, relacionando fatores políticos com avanços no campo médico e sanitário, ao mesmo tempo que demonstra a necessidade de medidas de higiene e de saúde pública para combate das epidemias.

A análise efetuada ao hospital de Campos de Goytacazes evidencia o seu cotidiano e demonstra as transformações que o mesmo foi sofrendo quer em termos de limpeza, quer nos procedimentos médicos e de equipamentos, pese embora as deficiências crônicas em determinados setores, o que se relaciona também com a falta de recursos financeiros.

Alexandra Esteves e Marta Lobo apresentam o quadro geral dos hospitais portugueses do século XIX. Neste período, na sequência das crescentes preocupações com a saúde pública e de maiores exigências sanitárias, o país conseguiu avanços significativos na área da saúde, sendo de relevar o surgimento de novas instituições, o desenvolvimento da medicina, a aposta na melhoria

APRESENTAÇÃO

da formação de médicos e enfermeiros, a aperfeiçoamento dos serviços prestados e a criação de hospitais especializados para alienados e tuberculosos. Porém, o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde continuou a ser escasso. A maioria dos hospitais permanecia gerido pelas Misericórdias, que, em várias ocasiões, se viram confrontadas com dificuldades financeiras para cumprirem as obrigações assumidas e as exigências que lhes eram colocadas em matéria de assistência hospitalar.

O trabalho de Gisele Sanglard estuda a fundação e a atuação das Misericórdias de Valença e Vassouras ao longo do século XIX. A propósito da instituição destas Santas Casas, a investigadora chama a atenção para os contextos em que elas foram erigidas, sublinhando a necessidade de se atender à “sociedade e a economia de cada região”. Do interior da província do Rio de Janeiro, estas duas instituições tinham várias valências em funcionamento e possuíam hospital próprio. O estudo do hospital da Santa Casa de Valença alude à sua clientela e aponta para a sociedade em que estava inserido, caracterizada pela escravatura. Apesar disso, o acesso a esta instituição de saúde estava reservado, preferencialmente, a homens brancos e solteiros, pois os escravos eram tratados nas unidades de produção a que pertenciam.

Sílvia Pinto apresenta uma análise sobre o quadro epidémico da cidade de Guimarães do século XIX, dando particular destaque aos surtos de cólera que marcaram a época. Apesar dos malefícios, nomeadamente o elevado número de óbitos que provocou, esta enfermidade trouxe as questões da saúde pública para a ordem do dia, estimulando reformas e melhoramentos na área da saúde. Em Guimarães, essas preocupações, expostas nos periódicos locais, tinham a ver, sobretudo, com a limpeza dos espaços públicos, a resposta hospitalar e os hábitos e práticas das classes mais desfavorecidas, encaradas como responsáveis pelo surgimento e pela propagação da moléstia. Apesar do reduzido impacto da enfermidade na localidade, a Câmara Municipal empenhou-se na montagem dos hospitais para coléricos, na edificação do cemitério fora da muralha urbana e na higienização dos lugares públicos.

A historiadora Vera Barroso analisa a presença dos portugueses no hospital da Misericórdia de Porto Alegre nos primeiros três quartos do século XIX, dando particular relevo à sua ação quer na Santa Casa, quer no seu primeiro hospital. A criação desta confraria deve-se ao papel de homens lusitanos, que em 1803 conseguem criar a Santa Casa e a instalação de um hospital na cidade, o que veio alterar profundamente o panorama de assistência à doença na região. Este trabalho convoca ainda a fundação e o funcionamento da Beneficência Portuguesa para demonstrar a ação dos portugueses na promoção da saúde, através da fundação de instituições de assistência, mas também na prática médica e cirúrgica em oitocentos no Rio Grande do Sul e muito particularmente na região de Porto Alegre.

A assistência médica às mulheres é o objeto de estudo de Daniel Oliveira. O autor centra a sua análise no hospital da Misericórdia de Porto Alegre nos finais do século XIX e procura apreender as transformações ocorridas nesta instituição, no que se refere ao atendimento às mulheres, considerando as especialidades da obstetrícia e ginecologia. Refletindo sobre as diferentes fases do hospital em estudo, Daniel Oliveira aborda os curadores e as mudanças sentidas nesta unidade de saúde, demonstrando os avanços da ciência e a sua implementação no hospital, nomeadamente no que toca ao sexo feminino. Em finais de oitocentos, o hospital refletia a atenção conferida a este sexo com a criação da enfermaria de ginecologia e partos, para além da já existente enfermaria de medicina de mulheres. Era um importante passo, dado também na Europa em muitos hospitais. Dotado de mais uma valência, o hospital assistiu a um aumento progressivo de partos, demonstrando uma maior especialização dos procedimentos médicos e a mudança de comportamentos por parte das mulheres.

Christiane Maria Cruz de Souza analisa a assistência à saúde no Brasil durante a primeira República, centrando-a no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro, localidade no interior da Bahia. Após uma caracterização da região, a autora recoloca o seu estudo na Misericórdia de Juazeiro, inserindo-a num contexto particular e numa época de mudança em termos políticos. É neste contexto que se funda um hospital, pela mão de um médico, com a principal preocupação de tratar os mais débeis socialmente. A iniciativa era muito louvável, mas caracterizava-se pela carência de recursos. De pequena dimensão, o hospital recebia poucos doentes anualmente, embora lutasse contra muitas doenças, de que se destaca a sífilis e a malária. Pese embora as dificuldades apontadas, esta unidade de tratamento assumia um lugar muito relevante para a população pobre da região.

Daiane Rossi centra a sua análise nas possibilidades de elaboração e análise de bases de dados enquanto ferramentas disponíveis para os investigadores, designadamente para a História da Saúde e da Assistência, servindo-se dos registos hospitalares. Este texto pode ser muito útil para quem esteja a começar um trabalho de fôlego e precise de pensar na metodologia a usar, nomeadamente como arrumar dados para posteriormente analisar, o que o torna muito didático. Reconhecendo a importância da informática, como outros o têm vindo a fazer, para o estudo de grandes massas documentais, dando como exemplo os doentes internados, a autora fornece informação pertinente sobre o uso de ferramentas informáticas, nomeadamente de programas. Após um exercício mais teórico, Daiane Rossi demonstra através da prática a aplicação das ferramentas referidas para a construção da História da Saúde e da Assistência.

Saberes hospitalares em instituições espíritas são analisados no texto da historiadora Beatriz Teixeira Weber. O texto versa a primeira

metade do século XX e tem como mote estudar instituições muito pouco trabalhadas. Estes institutos procuravam a cura na crença da capacidade de intervenção de entidades espirituais junto dos doentes. Os tratamentos baseavam-se num receituário mediúnico, sendo prescritos remédios normalmente homeopáticos, receitados por médiuns. Estes afirmavam-se inspirados por espíritos de médicos de renome, entretanto já mortos, posição duramente criticada pela igreja católica, assim como pela medicina tradicional. Procurando analisar a postura dos espíritas no que diz respeito à loucura, a autora reflete sobre as várias correntes existentes dentro desta filosofia e aponta formas de tratamento levadas a cabo nos seus hospitais e em outros centros de tratamento. Para os espíritas, a doença podia surgir devido a dois aspetos: *ligada ao processo de desenvolvimento espiritual dos indivíduos, resultado de situações vividas em existências anteriores e como produto de interferência de espíritos inferiores que dominam corpos e mentes de indivíduos vulneráveis a essa influência, chamada obsessão*. Preceituando formas de tratamento para estas duas situações, a autora conclui pelo longo caminho a percorrer no que diz respeito aos saberes destes hospitais espíritas.

A historiadora Eliane Cristina Deckmann Fleck discute o pensamento do naturalista suíço Moisés Bertoni sobre a prática médica e a assistência hospitalar em Assunção (Paraguai), na primeira metade do século XX. Numa primeira parte deste trabalho, a historiadora salienta a posição do botânico e cientista, que se deslocou para a Argentina e o Paraguai onde estudou a fauna e a flora e se dedicou à produção intelectual, a qual difunde pelos meios cultos da época na Europa e na América. Com particular interesse pelos guaranis, Bertoni salientava o contributo destes indígenas para o avanço de várias ciências, nomeadamente da farmacologia, medicina, botânica e zoologia, destacando o contributo deste povo nas práticas de higiene e nos avanços medicinais. Posteriormente, Eliane Fleck analisa a estrutura sanitária do Paraguai em finais de oitocentos e primeiras décadas do século seguinte, contextualizando a sua evolução quer em termos económicos, sociais e políticos, ao mesmo tempo que salienta a situação sanitária precária existente. Sublinha ainda as críticas de Bertoni à medicina paraguaia, o qual se apresentava como um defensor dos saberes e das práticas de higiene e curativas dos indígenas guaranis, como estratégia de melhorar a saúde pública do Paraguai.

Finalmente, importa deixar registada uma palavra de agradecimento a todos os autores que contribuíram com os seus trabalhos para esta obra, e ao Lab2PT, pelo apoio concedido para a sua publicação.

O Hospital Termal das Caldas da Rainha: entre a centralização da assistência hospitalar e a caridade cristã (Portugal, séc. XV–XVI)

* Historiadora Doutoranda
em História pelo
PPGH da Universidade
Federal Fluminense,
Doutora e Mestre em
História. Professora
da Pós-Graduação da
Faculdade de São Bento
e do Instituto GayLussac.
Jornalista especializada
em Educação

No final do século XV e início do século XVI, assiste-se em Portugal a um movimento de profunda reforma hospitalar e centralização da assistência em que o Estado começa a desempenhar um papel cada vez mais diretivo. De uma assistência individual, dever do bom cristão em busca da salvação de sua alma, passa-se a assistir a um processo de transformação da estrutura hospitalar onde o poder régio atua de forma decisiva. O objetivo do presente artigo é, através da análise do *Compromisso do Hospital das Caldas da Rainha*¹, documento datado de 1512, descortinar as práticas da medicina medieval, analisar a atuação dos profissionais da saúde, dos procedimentos de cuidado com os doentes durante a estadia nas casas de assistência e refletir sobre o exercício dos ofícios ligados à saúde durante o período. Paralelo a isso, analisa-se a ação dirigida e orquestrada pelo poder régio, através de cartas e doações, para constituição desse hospital que possui características tão distintas dos hospitais medievais. Dessa forma, lança-se luz ao funcionamento das instituições de saúde, abordando as inovações e permanências que tornam esses estabelecimentos modernos e medievais a um só tempo².

Trata-se de um período em que os ventos do fortalecimento monárquico tomaram, em Portugal, o rosto e a força de um rei específico: D. João II (1481-1495). Artífice de um duro processo de centralização política, incentivador e financiador da expansão ultramarina, personagem chave nos acordos de paz com Castela e na reforma da assistência, a importância desse rei se torna ainda mais clara ao conhecermos seu epíteto – *Príncipe Perfeito*. Já as “descobertas” da soberana³ longe da expansão ultramarina, passam pelo encontro com formas modernas de devoção, pela prática do mecenato cultural, religioso e litúrgico, pelo incentivo à produção literária e artística, tendo entre os seus protegidos Gil Vicente, dirigindo a reforma coletina da Ordem de Santa Clara, construindo hospitais e criando confrarias. Na esfera assistencial D João II e a rainha D. Leonor estiveram na vanguarda de uma reforma rumo à modernidade que ainda comportava densas permanências com o imaginário medieval. Miséria e enfermidade continuariam a ser vistas como intercessoras e mediadoras do perdão divino, abrindo as portas do paraíso. Assim, a ação do casal régio é um verdadeiro divisor de águas na política assistencial em Portugal, dando continuidade a uma política de intervenção própria da Dinastia de Avis, mas aprofundando seu poder no interior das instituições hospitalares. O caminho trilhado em conjunto por D. João II e D. Leonor se consolida e chega ao seu termo na instituição de uma assistência efetivamente centralizada, que conjuga a modernidade de grandes instituições assistenciais com práticas medievais de caridade e auxílio aos pobres, considerados réplicas de Cristo⁴.

O Hospital das Caldas é um caso exemplar de intervenção régia, mudança na estrutura administrativa, na forma de lidar com a saúde do Reino. É claro que essas mudanças, que colocam

a esfera assistencial rumo à modernidade, ainda revelam muito do imaginário, da forma de agir e pensar do mundo medieval, que associa pobreza e doença e que pretende cuidar da saúde corporal dos súditos sem descuidar da saúde espiritual. Apesar de diversos historiadores portugueses, como Maria José Pimenta Ferro, aplicarem a noção de saúde pública ao universo medieval e às intervenções régias e municipais nas questões sanitárias e de contenção da peste, utiliza-se aqui a noção de saúde em sentido lato, incorporando a saúde corporal e espiritual do reino. Nesse sentido, aproxima-se ao uso efetivo da palavra saúde pelas fontes medievais da época, que em diversas passagens tornam religião e medicina; astrologia e doença; saúde e caridade instâncias indissociáveis. Assim, a construção de grandes unidades hospitalares com capacidade para atender à demanda de um crescimento populacional citadino convive, sem conflito, com a instituição de capelas em seu interior, onde os doentes deveriam assistir a missas e rezar pela salvação da alma de rei e rainha. A centralização assistencial nas mãos da coroa portuguesa não se furta de tratar os doentes como pobres de Cristo, tal como os instituidores particulares de outrora. Transformações profundas e densas permanências conviveram nesse processo histórico⁵, que comporta em seu interior dois eixos de análise: a saúde corporal e a espiritual.

A construção do Hospital das Caldas de Óbidos, atual Caldas da Rainha, efetuou-se entre 1482 e 1488, comumente sendo aceito o ano de 1485 para o início da edificação. Existem divergências quanto ao término da construção – uns apontam 1498, outros 1507, outros ainda 1512. Sabe-se que a Igreja de Nossa Senhora do Pópulo ficou terminada em 1500⁶. Já o seu *Compromisso* é datado de 1512 e foi firmado por D. Leonor, a fundadora do Hospital. Trata-se do primeiro hospital termal do mundo e o primeiro grande hospital do reino. A fama das águas das Caldas era anterior à iniciativa de D. Leonor e D. João II: o local era frequentado por leprosos em busca de aplacar o seu mal⁷. Documentos da época de D. Afonso IV já se referem às Caldas e, em 1474, D. Afonso V exaltava as propriedades curativas dessas águas⁸.

As Caldas da Rainha é única instituição de caráter rural no interior de um movimento de Reforma Hospitalar orquestrado por rei e rainha⁹. O objetivo desses empreendimentos era de aplacar uma crise no modelo assistencial e nas casas de assistência que não mais conseguiam acomodar a pauperização e o crescimento populacional dos citadinos. Conjuntamente, rei e rainha mandam edificar os dois grandes hospitais da época, que modificam radicalmente a estrutura de recebimento dos enfermos, que contam com uma complexificação dos profissionais da saúde, que direcionam um espaço outrora inimaginável para o cuidado médico. Hospitais com mais de cem leitos, quando durante toda a Idade Média as casas hospitalares tinham três, cinco, dez leitos. Uma característica da

assistência medieval era a multiplicidade de hospitais de pequeno porte e de iniciativa privada. Os pequenos hospitais citadinos não mais tinham estrutura para atender às demandas de um mundo que mudava. Esses pequenos hospitais sofriam com uma grave crise, em fins do século XV. Frente a isso, rei e rainha constroem estabelecimentos que contavam com enfermeiros, boticários, cirurgiões, físicos, barbeiros, enfim, um amplo leque de profissionais da saúde, como o Hospital das Caldas, doravante analisado nesse artigo. Contudo, o Compromisso nos mostra que todo esse investimento na saúde corporal do reino estava acompanhado pela preocupação com a salvação dos fundadores – instituindo orações diárias pela alma de rei, rainha e príncipe.

É preciso destacar, contudo, que a fonte eleita para análise – um compromisso – possui os limites e fronteiras próprias das peças legislativas. Para fundar o trabalho histórico em tais documentos é preciso mostrar ciência dessa limitação – trabalhamos aqui com normas, regras e regimentos que revelam o que o poder régio esperava do funcionamento da instituição¹⁰. Entre o esperado e o realizado existe a distância que separa o ideal do real. Passar da legislação à atividade cotidiana do hospital exigiria um outro tipo de documentação, muito mais dispersa e particular. Assim, a análise está no campo das intenções, já que, do ponto de vista administrativo, estamos diante de uma série de transformações.

O Hospital das Caldas dispunha de cem leitos. Em termos de contextualização, falar dos hospitais medievos significa ter em mente que suas funções eram muito heterogêneas. Baseado em suas funções, o historiador José Marques afirma que os hospitais tinham mesmo algo sacro. Tendo como base as poucas descrições da época, eram edifícios pequenos, desconfortáveis e sem as condições mínimas desejáveis. O papel dos hospitais era de servirem aos doentes, que ali deveriam passar poucos dias. Os hospitais medievais cumprem a função não de tratamento e cura, e sim de acolhimento de doentes e pobres.¹¹ A maior concentração hospitalar estava nos centros urbanos. Fruto dos legados testamentários de pessoas desejosas de receber o sufrágio eterno por suas almas, essas instituições conferiram particular atenção e interesse aos órfãos e crianças.

Nesse sentido, à primeira vista, a grande diferença entre os hospitais construídos a partir da Reforma Hospitalar do final do século XV e os hospitais medievais está nas dimensões. Contudo, eles possuem diferenças do ponto de vista assistencial e administrativo, consolidando uma série de alterações – pelo menos consoante às intenções expressas nos compromissos¹². Diferente dos antigos hospitais, essas novas estruturas ditavam uma importante distinção entre os espaços: aqui existe a separação entre o local destinado a abrigar forasteiros e sem tetos, daquele reservado para a cura dos enfermos. A enfermaria estava, assim, separada da casa do peregrino ou do pedinte. Distinguiam-se

também os serviços: o pessoal que servia a hospedaria era específico. O tempo de permanência na hospedaria diminuiria – durante toda a Idade Média, a praxe ditava três dias. Nesses “novos hospitais”, o viajante só poderia ficar um dia.

O compromisso só ficou pronto em 1512.¹³ Em 1488, o rei concede, a pedido da Rainha D. Leonor, privilégios múltiplos e importantes às pessoas que quisessem habitar o sítio, até então desamparado, onde se fundou, em 1485, a vila das Caldas. O rei concede privilégios a 30 novos moradores, com avultados padrões à esposa, ajudando a erguer a igreja de Nossa Senhora do Pópulo, apoiando a vivência caritativa da Rainha. A carta de privilégios outorgada por D. João II em 1488 revela a preocupação com promover a viabilidade de povoamento local, recorrendo inclusive ao sistema de agregação de vinte homiziados para isso. Dentre os benefícios jurídico-legais para os moradores estavam incluídos: isenção de servirem em guerras; não pagamento de pedidos; mercadorias isentas de portagem; não serem acotados; não pagamento de portagem nem costumagens nos produtos que levassem para vender fora das Caldas; não pagamento de sisas do que vendessem aos doentes dentro da vila; ouvidor próprio para os moradores da vila; os vinte homiziados que viessem viver à vila seriam incluídos no conto dos trinta privilegiados; os homiziados não seriam presos ou acusados por casos passados, salvo em determinadas situações; os homiziados poderiam participar, criar e lavrar na vila e em seu termo e poderiam também adquirir pescado para o seu mantimento, tendo para isso dois almocreves que o fossem buscar. A carta de D. João II instituiu um Concelho *per-se*, com microestruturas administrativas, cujo estatuto fazia paralelo a um couto de homiziados¹⁴.

As Caldas crescem demograficamente e a história de seu povoamento é, até o século XIX, a história do seu hospital termal¹⁵. Segundo o *Compromisso*, o Hospital seria inspirado no célebre Evangelho de São Mateus¹⁶ (25, 34–37) e dedicado às obras de misericórdia *feytas em os proximos cõ caridade aqy espirituais como corporaes, fejam acceptas a ihu xpo*¹⁷. A rainha registra no *Compromisso* a determinação da construção do Hospital e da Igreja de invocação de Nossa Senhora do Pópulo para que “*fe cumpram as dictas obras de mias esp'ituales e corporaes quanto poffiuel for polla alma del Rey dõ ioham meu Sor e minha e do príncipe dom Afonso Noffo filho que fancta gloria aiamos*”¹⁸. Missas, orações, sufrágios... a centralização hospitalar se insere, nessa perspectiva, em uma estratégia de salvação evidente. A edificação do hospital é acompanhada de um enquadramento religioso que une assistência material e espiritual. É preciso sinalizar o sentido da própria invocação do hospital, que possui acenos italianos, revelando frutos do contato da rainha com Roma – especificamente com o Papa e o Cardeal D. Jorge da Costa¹⁹ – e inspiração mariana. A escolha do tema também revela uma assistência vocacionada aos segmentos “populares”²⁰ – mesmo

sem excluir o tratamento de grupos sociais privilegiados – o nome do Hospital das Caldas, se traduzido remete a essa intenção: Nossa Senhora do Povo. A criação e sucesso do Hospital das Caldas da Rainha podem ser compreendidos como um estímulo à criação de uma nova unidade hospitalar em Lisboa – demonstrando as vantagens de uma estrutura administrativa mais racional e organizada em termos de assistência médica²¹.

Ao olhar atento do historiador, não se pode negar que todo esse movimento de reforma assistencial possui, sim, origens devocionais claramente enraizadas em uma mentalidade cristã²². Nesse sentido, compreende-se a súplica feita por D. Leonor ao papa, em 1496, – pela concessão de indulgências aos que visitassem a capela de Nossa Senhora do Pópulo em certos dias festivos e contribuíssem para a sua conservação – a carta ao papado revela que o lugar já era frequentado anteriormente. O Papa Alexandre VI responde positivamente ao pedido da rainha, concedendo a remissão dos pecados a todos que morressem nas Caldas e deixassem ao Hospital seus bens, em um documento que mostra bem o entrelaçamento entre a assistência e a caridade no mundo medieval. Era, então, importante cuidar não apenas da saúde corporal, mas da saúde das almas. A correspondência da rainha²³ é bastante rica com relação ao Hospital das Caldas, o que evidencia sua preocupação e cuidado com essa iniciativa e revela uma ação interventora. Além da correspondência com a cúria papal – pedindo indulgências para os visitantes da capela – e instituição de um capelão, a rainha intercede solicitando à Câmara do Porto trigo, centeio e milho para a alimentação dos pobres e enfermos do Hospital das Caldas.

Em 1508, a rainha doa ao Hospital de Nossa Senhora do Pópulo várias rendas e direitos. A carta é um precioso documento para descortinar a dimensão caritativa cujo objetivo evidente e enunciado era a salvação da alma da rainha, através de obras de caridade e misericórdia, conjugada a uma preocupação efetiva com a saúde, dotando o hospital de leitos, mantimentos, mezinhas, para cuidar dos enfermos e pobres. A documentação alia doença e pobreza:

“fazemos saber que considerando nos como alguns enfermos se vinham curar aos banhos que estão acerca da nossa villa dobidos honde hora he a villa das caldas. E muytos recebem hy saúde de diversas ynfirmidades. E por nos hy haver recolhimento pera os enfermos e os que a elles vynham se poderem agasalhar. E assy pot hy nã aver mantimentos nem terem quem curasse nem reparasse em suas doenças lhes eram necessários. Outros leixaram de vyr aos dectos banhos por ser lugar despovoado e esperarem de se hy poder reparar. E vendo nos quanto serviço de nosso senhor e bem a muytos enfermos e pobres. E como principalmente necessário fazer huu espytal bem reparado e abastado de leitos e camas e mantimentos he mezinhas. E de todas as outras cousas pera mantimento

e repairo dos enfermos pobres necessayras. Determynamos por serviço de nosso senhor e da bem aventurada nosa sempre virgem sancta Maria sua madre nossa senora. E por salvação de mynha alma mandar como de facto mandamos fazer em o decto lugar casas taes como pera se compyrem as obras de caridade e mysericordya que pera sempre ho mandamos fazer eram necessárias. (...)”²⁴.

A carta também demarca como instituição caritativa a fundação da Igreja de Nossa Senhora do Pópulo, para que os enfermos ouvissem missas, comungassem e lhes fosse administrado o sacramento. Nesse sentido, é importante frisar que a instituição de capelas, cujo objetivo seria a oração e celebração de missas, substituiria, paulatinamente ao longo do século XV, as obras de misericórdia, ou seja, esmolas a pobres, leprosos e presos, donativos a instituições assistenciais e caritativas ou sua fundação, criação de pontes ou de barcas de passagens para os caminhantes²⁵. É importante assinalar seu caráter inovador, sua dimensão grandiosa e sua inscrição dentro de um projeto de centralização hospitalar.

Passemos à análise do documento. Do início do *Compromisso* ao seu termo, fica patente o zelo da rainha com a salvação da alma – a sua, a do marido e do filho – já que também é ordenado que a instituição tenha missas pela alma dos três na Capela de Nossa Senhora do Pópulo e, ao fim do dia, quando os capelães forem aos dormitórios, que rezem com os enfermos pelas suas almas. A Capela guarda a presença heráldica de rei e rainha em suas abóbodas interiores e, decorando o alto de sua torre. Na realidade, pode-se perceber a capela como o ponto nevrálgico de toda estrutura hospitalar, onde se encontra todo o programa ideológico e religioso do hospital²⁶. Contígua à Igreja, encontram-se simetricamente dispostas as duas enfermarias para doentes acamados, a dos homens ao sul e a das mulheres ao norte. Estavam ligadas ao coro baixo da Igreja, separadas por grades de ferro, permitindo que os doentes pudessem assistir aos ofícios divinos, e receber a comunhão na própria cama²⁷.

É reveladora a maior incidência no *Compromisso* da preocupação religiosa, demonstrando que a cura das almas continuou a ocupar o primeiro plano nas atitudes com os doentes²⁸. Ao fazer o estudo comparativo dos documentos relativos à Caldas e ao Hospital de Todos-os-Santos, Isabel Sá nota práticas comuns: os doentes precisavam confessar-se e comungar depois de serem admitidos, sob o risco de serem expulsos; faziam testamento – no Hospital de Todos-os-Santos era obrigatório –; rezavam-se missas pela família real e os doentes também eram aconselhados a orar pelo rei, a rainha e o príncipe, como vimos. Assim, não se pode esquecer que:

“os grandes hospitais tinham os olhos postos em Cristo e desejavam servi-lo através de pobres que o representavam e

cujas orações tinham mais força que a dos mortais comuns, as salas dos doentes não só estavam acopladas à igreja, como com esta formavam uma Cruz, ou seja, o conjunto hospitalar guardava a disposição de um edifício religioso”²⁹.

O documento estabelece, portanto, regras sócio-institucionais quanto ao recebimento, encaminhamento e tratamento dos doentes e pobres que se dirigissem às Caldas para utilizar suas águas sulfurosas.

O *Compromisso* nos permite desvendar um pouco do dia a dia dos enfermos e dos trabalhadores dessa casa de caridade e assistência. As Caldas foram as primeiras termas a serem criadas, desde o início, com uma organização que permite a hospitalização do doente, o seu cuidado médico e espiritual. Ivo Carneiro vai mais longe e afirma que as Caldas teriam sido talvez “o primeiro investimento sério, institucionalizado e radicando em renovada doutrina – na hospitalização da pobreza”³⁰. A mais antiga referência aos banhos das futuras Caldas da rainha data de 1223, quando o comendador dos gafos de Santarém, Martim Ferreiro, lança a disposição:

“E se gafo ou gala quiser ir em romaria às Caldas, darem-lhe doze dias de ração”³¹.

O documento mostra a recomendação do tratamento em águas termais no caso da lepra³².

Pela sua característica termal, o Hospital das Caldas se diferenciava das outras casas de assistência – atendendo ricos e pobres – e a rainha se mostra preocupada em documentar a permanência e enfermidade dos doentes, ordenando que fossem registrados anualmente em um caderno: “No qual fe fará declaraçã das fuas enfermidades e dos nomes de eles e dos lugares donde forem e do tempo em que os recebera. e fe fam poures ou Ricos”. Além disso, a rainha nota que “fe a peffoa enferma home ou molher teuer de seu” deverá ser dada a ela um aposento “fegudo a calidade e Infirmidade de cada hum”³³. Prerrogativa do bem governar, o documento revela o respeito às hierarquias sociais, prevendo aposentos segundo a “qualidade” do enfermo. Ademais, na distribuição dos leitos do hospital, estipularam-se sessenta destinados a homens e mulheres em geral, vinte específicos para tratamento de pessoas da nobreza e vinte para peregrinos, religiosos, servidores e escravos do hospital.³⁴

O *Compromisso* revela que o Hospital contava, em sua organização interna, com 28 pessoas, entre serviços religiosos, administrativos, médicos e domésticos, incluindo 9 escravos. Administrativamente contava com oficiais como um escrivão, que registrava as receitas e despesas, os arrendamentos e aforamentos, além dos testamentos; um almoxarife, que atuava como comprador e despenseiro, arrecadando rendas e foros; um tesoureiro, um

hospitaleiro e uma hospitaleira, uma cristaleira, além dos escravos que ficavam encarregados de amassar o pão, lavar as roupas, pastorear o gado, entre outras tarefas. Mas o que mais interessa aqui é a questão da saúde, e focaremos nosso olhar nesses profissionais. O cargo de maior importância, responsabilidade e remuneração era o de provedor, que deveria ser *home difcrito e virtuoso que cõ muita quaridade cump. e faça comprir este nosffo cõprimiffõ* podendo ser clérigo ou leigo. Era, contudo, contra a vontade da rainha que fosse pessoa poderosa, *que paffe de caualeyro pera çima*⁵⁵. De fato, no final do século XV, a figura do provedor vem assumindo grande importância, e a rainha demonstrava preocupação de colocar no cerne da orientação sua honestidade e dedicação.⁵⁶

O provedor estava encarregado de visitar os doentes duas vezes ao dia, devendo acompanhar seu tratamento, vigiando o cumprimento das tarefas de todos os oficiais – desde a limpeza dos leitos à elaboração das mezinhas. Tinha a função de fazer comungar e confessar todos os doentes admitidos no hospital, zelar pelo cumprimento dos deveres de assistência espiritual dos capelães, vigiando se eram competentes em sua atuação e honestos. Deveria dar sepultura aos doentes falecidos, com dignidade e solenidade, além de receber as ofertas dos dias das indulgências. Precisava manter também a Igreja de Nossa Senhora do Pópulo limpa e ornamentada. Administrativamente, deveria pôr em pregão as propriedades do hospital e providenciar seu aforamento em curto prazo, assim como organizar um livro de tombo das propriedades e bens, inventariando, registrando, demarcando, confrontando e medindo. O provedor precisava visitar regularmente as propriedades das Caldas para verificar suas condições junto aos foreiros, e penalizando-os em caso de falta com o *Compromisso*.

Logo abaixo do provedor, em grau de importância e remuneração, estão o perpétuo vigário e o físico-cirurgião. Ao vigário é dada a tarefa de rezar duzentas e cinquenta e cinco missas por ano – e nos domingos e dias festivos, as missas deveriam ser cantadas. Tanto o vigário quanto os capelães – em número de 3 – tinham por obrigação rezar três missas diárias *pollas almas del Rey dõ ioam meu fnoze minha e do príncipe dom afonfo noffo filho*. Ao todo, os capelães deveriam rezar duzentas e oitenta missas. Deviam também rezar em coro na igreja as horas canônicas e aplicar os sacramentos, bênçãos e unção aos enfermos, além de estarem presentes nos enterros.

Comparativamente aos hospitais tipicamente medievais, a estrutura médica do Hospital das Caldas revela inovações. O Hospital comporta uma preocupação com a saúde corporal inexistente na assistência medieval, contando com uma intrincada estrutura de físicos, cirurgiões, boticários, sangradores e enfermeiros. A assistência ao corpo era efetuada de acordo com os parâmetros de medicina da época e exigia que o enfermo fosse

analisado pelo físico e provedor antes de entrar no Hospital e, em caso de doença incurável, o doente não era aceito. Assim, o *Compromisso* relata que:

“Item. queremos e mandamos q. no dito efp’tal no feia Reçebido nenhu enfermos pobre ne rico q fe ao dito efp’tal vier curar faluo q p’meiro feia vifto pollo proueedor co o físico do dito efp’tal os quaes faram examinaçã da peffoa q he e da doeça ou neceffidade (...). fe fuá doença he de calidade q parece Incurável por q aqles q forem Incuraues e fem remédio avemos por bem q nom fejam no dito efp’tal recebido”³⁷.

A ordem revela o domínio da ideia clínica de contágio, que seria evitado apartando pacientes incuráveis do convívio dos curáveis. Transformações e permanências são características do *Compromisso*. Dotado de uma complexificação da estrutura de profissionais da saúde, e tornando clara a gradativa medicalização da assistência, o documento comporta uma continuidade com os hospitais anteriores: nas Caldas também eram acolhidos peregrinos. O acolhimento do viajante é um costume antigo dos Hospitais medievos, que muitas vezes tinham função de albergaria. Assim, não se pode falar de caridade no mundo medieval sem se referir à Regra de S. Bento, onde essa noção é patente³⁸. Nela se pode ler que o Mosteiro, através dos monges, devia receber todos os hóspedes que se lhe apresentavam, como receberiam Cristo, mas sobretudo os pobres e peregrinos³⁹. Nas Caldas, a orientação era acolher os pobres peregrinos sãos para dormir e repousar no Hospital, agasalhando em um local específico, a Casa dos Peregrinos, *principalmete os Romeiros q vam pera fantiago*. Percebem-se duas diferenças cruciais: a separação nítida, inclusive espacial, entre enfermos e peregrinos e a delimitação do tempo de permanência – apenas uma noite, enquanto a prática medieval era de três noites. Destaca-se que tal separação entre pobres peregrinos e doentes não existia em instituições anteriores. O *Compromisso* prevê exceções: sábados ou vésperas de alguma festa religiosa, quando o peregrino poderá ser agasalhado por duas noites. Mas, caso o peregrino fosse frade franciscano, a rainha não impõe limites – permite a permanência o tempo que for necessário. Aqui, a rainha demonstra a proteção e comprometimento com a pobreza mendicante, principalmente os franciscanos da observância, exortando:

“E fe for frade fan fracifco da obferuança. Mandamos q o agasalhem e lhe dem ho neçefareo fãõ ou doete e todo tepo fegundo dito temos”⁴⁰.

O físico precisa estar no Hospital seis meses contínuos do ano *do p’meiro dia dabrill ate o derradeiro de fetembro ou mays fegudo ho proueedor vir he neçeffario pera curar dos enfermos q. fiquare dos feis meffes*⁴¹. A

regra mostra o caráter sazonal do início do movimento das termas e os meses de pleno funcionamento – basicamente os meses quentes do ano no hemisfério norte. Era sua obrigação *curar todos los enfermos pobres de graça. f. aq'les que per noffa hordenança mãdamos q fe cure e Recebã no dito esp'tal fegudo a peffoa q for e a efermidade que tiuer*⁴². O físico cumpria a rotina de visitar os enfermos duas vezes ao dia, receitar as mezinhas necessárias para sua cura e cuidar da alimentação dos doentes. Era necessário que ele fizesse a ementa das receitas e mezinhas, para *fe faber fe fe derão ou gaftará todas por que as vezes fe manda fazer hua meesinha e o efermo no toma afi por esquecimoto ou negligença dos ofiçiaes*⁴³. Vemos, portanto, uma proposta clara de controle da administração dos remédios dados aos doentes.

Além do físico, outro profissional da saúde que trabalhava na casa era o boticário, que tinha por obrigação ter uma botica muito abastada em mezinhas para os enfermos. As mezinhas eram dadas aos enfermeiros e feitas pelas receitas assinadas pelo físico e pelo provedor. O boticário também permaneceria seis meses do ano contínuos, assim como o físico. Esse agente da saúde é obrigado a visitar os enfermos duas vezes ao dia junto com o físico para se informar melhor sobre a mezinha que será feita a cada paciente. E as receitas ordenadas pelo físico seriam escritas em um caderno, mesmo na ausência do boticário, que quando não pudesse comparecer enviaria um criado. A botica era abastecida de materiais para fazer as mezinhas, como açafraão, triaga⁴⁴, alfazema, erva doce, alcaçuz, fezes de ouro, sangue de dragão, caparrosa, vários tipos de óleos, açúcar, ameixa, grãos, legumes, doces, especiarias, confeitos, coentro, cominho, entre outros compostos⁴⁵.

Enfermeiros e barbeiros ou sangradores são outras peças fundamentais da estrutura médica de funcionamento das Caldas. O Hospital possuía um barbeiro, que obedecia às ordens do físico ou provedor e tinha como função *fazer as barbas e trofquiar fangrar*, além de aplicar ventosas, amolar e limpar todas as ferramentas do Hospital. Vimos que fazer a sangria era uma prática típica do homem medieval contra as doenças. As Caldas contavam com três enfermeiros, uma mulher e dois homens, que tinham que estar presentes nas visitas aos enfermos. O hospital contava com um dormitório feminino, onde teria que agir a enfermeira, e um masculino, onde ficariam os enfermeiros. Tinham os enfermeiros que *curare dos pobres efermos cada hum em feu dormitório co muita diligência e paciência*⁴⁶, eram responsáveis por fazer as camas, limpar o dormitório duas vezes ao dia, limpar os urinóis e bacias, acender lâmpada, limpar os banhos para que todos os dias tenha água limpa e fresca para os enfermos. Caso algum enfermo não pudesse mais caminhar, o enfermeiro estava encarregado de levar o doente aos banhos. Um deles precisava saber ler e escrever para poder ir à botica com as mezinhas, além de registrar banhos dos enfermos. E são eles que cuidam da morte do enfermo assim que ela chega, amortalhando e chamando o vigário. A função do enfermeiro está

bastante ligada à valorização da limpeza como contributo à saúde dos doentes. Bons ares, bons cheiros, eram associados à cura.

Importante notar a presença nas Caldas da Rainha, da construção de uma capela – detentora dos símbolos heráldicos de rei e rainha. A Capela de Nossa Senhora do Pópulo está inserida em um contexto de síntese, de um pensamento que une liturgia e assistência⁴⁷. Aqui, o principal objetivo era cumprir as obras de misericórdia, que revela a preocupação com a salvação da alma e o temor do dia da morte e do Juízo Final. Trata-se de um ato oficial e público que mostra, já no século XV, que o paradigma da assistência aos pobres descentrou-se das esmolas e doações e inclinou-se para a criação de capelas em nome dos instituidores, que se tornaram centro de liturgia, oração/ celebração e sufrágio à memória de seus instituidores. De fato, Ivo Carneiro explica que D. Leonor demonstrou compreender o hospital e a igreja⁴⁸ como uma obra única, revelando um esforço que envolvia não apenas a instituição de rendas e a preocupação com o funcionamento do hospital, mas toda uma extensa correspondência com a corte papal, solicitando capelão para o templo e a dotação de indulgências e privilégios aos enfermos das Caldas. O objetivo é claro: polarizar devoções e atrair enfermos para o Hospital. A interpretação de Carneiro nos parece pertinente com relação ao comprometimento que o hospital das Caldas tinha com as obras de misericórdias – essa preocupação oferece a possibilidade de observar uma instituição que possui a virtude da Misericórdia como paradigma⁴⁹.

Notas

1. Correia, Fernando (prefácio), *Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha D. Leonor sua fundadora em 1512*. Coimbra, Imprensa Universitária, 1930.
2. O artigo é um recorte da tese de doutorado defendida em 2012 no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense (UFF) intitulada O Príncipe Perfeito e a Saúde do Reino (Portugal, século XV). A análise sobre o Hospital das Caldas consta do quarto capítulo. Um estudo que se debruçou apenas sobre o Hospital das Caldas é a tese de doutoramento da Lisbeth de Oliveira Rodrigues. Cf. Rodrigues, Lisbeth de Oliveira, *Os Hospitais Portugueses no Renascimento (1480-1580): o caso de Nossa Senhora do Pópulo das Caldas da Rainha*, Tese de Doutoramento em História, Universidade do Minho, 2013.
3. Mais informações em: Sousa, Ivo Carneiro. *A Rainha D. Leonor (1458-1525). Poder, Misericórdia, Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
4. Tavares, Maria José Pimenta Ferro, “D. João II e D. Leonor. Da assistência caritativa à assistência centralizada”, in *IX Encontro de Professores de História – Comunicações*. Caldas da Rainha, 1991, pp. 21-35.
5. Assim, concorda-se com Luis A. de Oliveira Ramos que mostra que apesar do centralismo monárquico nas instituições assistenciais portuguesas da época, os hospitais só se tornam eficazes no sentido terapêutico na segunda metade do século XIX. O autor retorna a Michel Foucault que revela que os hospitais modernos são balizados pela anestesia, a assepsia, a anti-assepsia, e as descobertas de Pasteur. Para maiores informações: Ramos, Luís A. Oliveira, “Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar Portuguesa”, in *Revista da Faculdade de Letras*, II Série, Vol. X, Porto, 1993.
6. Rodrigues, Isabel Maria Pereira, *Doença e Cura: Virtude do Hospital Real das Caldas (1706-1777) Elementos Sociais e Económicos*, Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Departamento de História. Mestrado em História Moderna, p. 27.
7. Gomes, Saúl António, Caldas da Rainha: das origens ao século XVIII. Problemas sobre história local e história global, in *IX Encontro de Professores de História – Comunicações*. Caldas da Rainha, 1991, p. 44.
8. Tavares, Maria José Pimenta Ferro, “D. João II e D. Leonor. Da assistência caritativa à assistência centralizada” ..., pp. 21-35.
9. A ela soma-se o Hospital e Gafaria de Sintra, as Misericórdias e, principalmente, o Hospital Real de Todos-os-Santos, em Lisboa, grande símbolo dessa reforma assistencial.
10. Um autor que aponta os limites do trabalho com peças legislativas no caso da atividade hospitalar é: Ramos, Luís A. De Oliveira, *Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar Portuguesa*, op. cit. passim.
11. Ventura, Margarida Garcez da Silva. *Poder régio e liberdades eclesíásticas...*, p. 513.
12. Sá, Isabel Guimarães, *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português, 1500-1800...*, p. 46.
13. O testamento de D. Leonor também é deveras interessante com relação ao estudo da relação entre caridade e assistência nos fins da Idade Média e início da modernidade. Cf. Anastácia Mestrinho & Salgado, Abílio José, *O espírito das misericórdias nos testamentos de D. Leonor e de outras mulheres da Casa de Avis*, Lisboa, Comissão para as Comemorações dos 500 anos das Misericórdias. s/d.
14. Gomes, Saúl António..., p. 49.
15. Borges, Nicolau João Gonçalves. *O Hospital Termal das Caldas da Rainha – Arte e Património*, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Dissertação de Mestrado em História da Arte, Património e Restauro, 1998.
16. Na célebre passagem, apesar da não utilização da palavra Misericórdia, definem-se as suas diferentes obras corporais. No trecho de Mateus, Cristo avisa que está no final dos tempos e que irá separar as ovelhas dos bodes, os eleitos dos danados. Como resultado temos um verdadeiro programa evangélico de gestos de caridade, que conhece larga difusão na Idade Média como as “obras da misericórdia” Assim, nesse texto bíblico S. Mateus afirma a importância das obras de caridade: dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, cuidar dos doentes, etc. A salvação esperava aqueles que eram capazes de compaixão pelos “mais pequeninos”. Mais informações: Sousa, Ivo Carneiro de..., p. 12. & Vicent, Catherine. *Les Confréries Médiévales dans le Royaume de France XIIIe –XVe Siècle*, Paris, Albin Michel, 1994, p. 74.

Notas

17. Correia, Fernando. (prefácio), *Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha D. Leonor sua fundadora em 1512...*, p. 7.
18. Correia, Fernando. (prefácio), *Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha D. Leonor sua fundadora em 1512...*, p. 7.
19. Para maiores informações sobre essa figura política crucial no diálogo com o pontífice, representando os interesses do reino em Roma, consultar: Mendonça, Manuela, *D. Jorge da Costa. Cardeal de Alpedrinha*. Lisboa, Colibri, 1991.
20. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das Misericórdias (1498-1525)...*, 94.
21. Salgado, Abílio José; Salgado, Anastácia Mestrinho, (org); *Regimento do Hospital de Todos-os-Santos...*, p. 9.
22. Cf. Salgado, Anastácia Mestrinho; Salgado, José Abílio, *O espírito das Misericórdias nos testamentos de D. Leonor e de outras mulheres da Casa de Avis...*, p. 9.
23. As ações da rainha ganham volume e força ao analisar as cartas e correspondências régias publicadas por Ivo Carneiro em sua tese de doutoramento. O estudioso produziu um rico anexo documental, reunindo 130 cartas de D. Leonor e outras correspondências. O autor divide tematicamente a documentação, com grande parte das cartas sendo relativas à temática da assistência régia, esmolas e proteções, temas que revelam a atuação dominante e expressiva da rainha no universo assistencial da época, Cf: Sousa, Ivo Carneiro de, *A rainha da Misericórdia na história da espiritualidade em Portugal na Época do Renascimento. (II- Cartas, textos e outros documentos)*, Dissertação de doutoramento em Cultura Portuguesa apresentada a Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, MCMXCII.
24. BPADL. Avulsos. Documentos, no 29, Transcrição cotejada e completada com a manuscrita do século XVIII, com erros e data de 11 de dezembro em: BPADL, Doação ao Hospital das Caldas da Rainha. s/ quota, fls. 1-4v, Apud: Idem. Ibidem.
25. Ferro, Maria José Pimenta, “Nótulas para o estudo da assistência hospitalar aos pobres, em Lisboa: os Hospitais de D. Maria de Aboim e do Conde D. Pedro”, in *Actas das 1ª jornada Luso-Espanholas de História Medieval*, Lisboa, 25-30 de setembro de 1972, Instituto de Alta Cultura, Lisboa, 1973, p. 68.
26. Borges, Nicolau João Gonçalves..., p. 18.
27. Borges, Nicolau João Gonçalves..., p. 19.
28. Sá, Isabel dos Guimarães, *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, Caridade e Poder no Império Português, 1500-1800...*, p. 47.
29. Ramos, Luís A. de Oliveira, *Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar Portuguesa...*, p. 335.
30. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das Misericórdias (1498-1525)...*, p. 98.
31. Correia, Fernando da Silva, *Pergaminho das Caldas, Caldas da Rainha, Coleção PH - Estudos e Documentos*, 1995, p. 3.
32. Conforme lembra Oliveira Marques, foi em especial para tratar a lepra e doenças de pele que se generalizou o emprego de águas medicinais. “O uso de termas era, evidentemente, muito antigo, mas parece haver-se desenvolvido durante a Idade Média. Desde o século XII que há notícia em Portugal, do tratamento de doenças cutâneas pela aplicação de água. (...) Mas também outras doenças, como o reumatismo, inchaços, infecções, etc, recebiam lenitivos nas muitas nascentes de água medicinal que brotavam por todo o País. Construíram-se piscinas e balneários, amplamente documentados e revelando frequência lata”, Cf. Marques, A.H de Oliveira, *A sociedade medieval portuguesa*, Lisboa, Livraria Sá da Costa, 1974.
33. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 38.
34. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das Misericórdias (1498-1525)...*, p. 92.
35. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das Misericórdias (1498-1525)...*, p. 9.
36. Trata-se de uma questão interessante, já que a provedoria da *Confraria das Misericórdias*, segundo o Compromisso, deveria ser ocupada por um nobre. Importante lembrar que o cargo de provedor, além das responsabilidades, conferia muito poder e era muito cobiçado, já que as instituições de assistência reuniam muitas rendas. Restringir a provedoria das Caldas a pessoas não poderosas e exigir um nobre para a provedoria das Misericórdias parece, de fato, uma contradição. Mas é preciso lembrar que no caso das *Misericórdias de Lisboa* estamos frente a uma instituição cidadina, que respeitava a composição dos poderes e representações urbanas da cidade de Lisboa. Sobre isso ver: Sousa, Ivo Carneiro, “O Compromisso Primitivo

O HOSPITAL TERMAL DAS CALDAS DA RAINHA

das Misericórdias Portuguesas (1498–1500)”, in *Revista da Faculdade de Letras – série História*, Porto, 1996, passim

37. Correia, Fernando da Silva,

Compromisso do Hospital das Caldas..., p. 38.

38. Alvarez Gómes. Apud: Costa, Marco António da Silva, “Hospitais e Albergarias na documentação pontifícia da segunda metade do século XV”, in *A Pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1ª jornada Luso-Espanholas de História Medieval*, Lisboa, 25–30 de setembro de 1972, Instituto de Alta Cultura, Lisboa, 1973, p. 16.

39. Ramos, Luís A. de Oliveira, *Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar Portuguesa...*, p. 336.

40. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 41.

41. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 31.

42. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 31–32.

43. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 32.

44. A teriaga ou triaga era uma espécie de remédio para todos os males composta por dezenas de substâncias – incluindo carne de víbora – preparada pelos teriagueiros. A importância da teriaga e sua difusão pode ser avaliada quando percebemos a existência de sua especificação na legislação. Assim, em 1461, D. Afonso V dispõe: “que nenhum triagueiro não possa vender triaga em estes nossos reinos sem primeiro ser examinado sua teriaga se é boa, a qual examinação será feita por qualquer físico cristão”. In Correia, Fernando da Silva, *De sanitate in Lusitania monumenta histórica. Documentos para a História da Saúde Pública em Portugal*, Lisboa, 1960. & Guerra, Miller, “A medicina em Portugal na Idade Média”, in *História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal*, Publicações do II Centenário da Academia de Ciências de Lisboa, Lisboa, 1986, p. 629.

45. Lopes, Irene de Jesus, *Subsídios para o estudo das farmácias de Misericórdias*, Lisboa, Trabalho da Escola Superior de Farmácia de Lisboa, 1945, p. 12.

46. Correia, Fernando da Silva, *Compromisso do Hospital das Caldas...*, p. 35.

47. Costa, Marco António da Silva..., p. 93.

48. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das misericórdias...*, p. 100.

49. Sousa, Ivo Carneiro de, *Da descoberta da Misericórdia à fundação das Misericórdias (1498–1525)...*, 99.

LUÍS FERREIRA GONÇALVES *

Indagar silêncios na longa duração – poder, assistência e as pobres do hospital de Santiago (Braga)

* Doutorando em História
Moderna e investigador
– colaborador do Lab2PT
(Universidade do Minho)

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo apresentar à historiografia uma instituição de assistência de Braga cujo estudo permanece inédito: o hospital de Santiago. Qual era a localização exata e que dimensão tinha esta instituição? Que tipo de assistência prestava? Quem eram os seus administradores e que recursos económicos sustentavam o seu funcionamento? Qual é o significado da palavra “hospital” aplicada a este caso? A resposta a estas questões empreendeu-se por uma metodologia multidisciplinar que problematizou referências indiretas presentes em fontes de diversas tipologias (manuscritas, impressas e iconográficas). Questionamos, a partir deste estudo de caso, as principais ruturas e continuidades em redor dos conceitos de hospital, pobreza e assistência nos períodos medieval¹ e moderno, e debatemos a prática de caridade enquanto elemento catalisador do prestígio social da nobreza. Organizamos a exposição em dois atos: primeiro, apresentamos a discussão conceptual que tem como objetivo posicionar o problema em relação aos principais debates e teses apresentados pela historiografia mais recente; depois, indagamos as respostas às questões levantadas pela apresentação dos resultados que permitem compreender a permanência desta instituição na longa duração.

Poder, assistência e hospitais

A história da assistência e da pobreza em Portugal é indissociável do contexto continental europeu coevo.² São abundantes os estudos desenvolvidos em Portugal, nas últimas três décadas, em redor deste tema.³ Tem sido aceite que o fenómeno assistencial moderno português se alicerçou nos pressupostos medievais da caridade laica e nos princípios de discriminação económica, moral, religiosa e étnica dos pobres recetores de caridade. Esta seletividade resultava do desajuste entre o incremento do número de necessitados e a oferta existente na rede assistencial. No final do período medieval e ao longo do século XVI, a coroa desenvolveu esforços legislativos para fixar os critérios de distinção dos pobres e, localmente, as instituições de caridade, geridas por membros da elite local, mediavam o acesso aos bens da assistência situando a pobreza mediante a situação de vulnerabilidade e merecimento moral do sujeito.

A secularização deste sistema manifestava-se em diversos aspetos: na organização local das redes, através da ação de particulares enquadrados em confrarias; nas iniciativas individuais de pessoas que, por testamento ou contrato, legavam bens a hospitais ou albergarias destinadas a acolher e tratar pobres; pela assunção de um modelo de superintendência da monarquia sobre as instituições mais relevantes do território,

nomeadamente os hospitais reais ou as misericórdias. Estava atividade fundamentava-se em princípios religiosos específicos, mormente na crença de que a morte não descontinuava a existência do ser humano e de que a salvação da alma dependia das práticas de dádiva aos pobres, tidos como fundamentais nas ações penitenciais, que mediavam a relação dos homens com a deidade na redução e purgação dos pecados.⁴

A centúria de quinhentos trouxe inovações no campo das instituições hospitalares, que foram reorganizadas e agrupadas, por iniciativa do senhor régio e a partir dos exemplos do hospital de Todos os Santos e do que estava estatuído no regimento das capelas (1514). Foi encetado um esforço de concentração das pequenas unidades hospitalares medievais, muitas delas mal geridas, incorporando as suas rendas em instituições com maior escala; esta ação de reestruturação das redes locais de assistência foi protagonizada pela monarquia e pelos senhores dos diversos territórios, muitos deles também membros da família real.⁵ Alguns eram senhorios eclesiásticos, como em Braga. O arcebispo detinha jurisdição temporal sobre a cidade e o seu termo, que eram um couto imune desde o século XII.⁶ O processo de criação do hospital de São Marcos, em 1508, realizou-se por iniciativa de D. Diogo de Sousa (p. 1505-1532). Esse prelado anexou as rendas das confrarias de Rocamador e do Corpo de Deus, de um hospital situado na rua Nova e da gafaria de São Lourenço e incorporou-as perpetuamente ao novo hospital. A entrega da gestão hospitalar à Santa Casa (1559) foi também protagonizada pelo senhor eclesiástico da cidade.⁷

Os hospitais modernos diferenciavam-se dos congêneres medievais⁸ em diversos aspetos: na sua dimensão infraestrutural; existência de um corpo clínico e administrativo especializado fixado por um regulamento; e, pela diferenciação objetiva entre as áreas de enfermaria e da hospedaria.⁹ A modernização dos hospitais, a regulação das profissões de saúde e a organização do auxílio às crianças abandonadas complementaram-se com a implementação, no reino e no império, das misericórdias, irradiadas para o reino e império a partir da primeira confraria desse nome, fundada em Lisboa (1498). Estas confrarias laicas tinham como compromisso o auxílio material e espiritual aos pobres, nomeadamente através do cumprimento das 14 obras de misericórdia. O incentivo régio à disseminação das misericórdias reforçou a presença da coroa nas diversas localidades. Dessa forma, articulava-se uma linha de intervenção e comunicação entre a coroa e as elites que, de facto e à escala local, geriam a assistência.¹⁰ O reforço dogmático do Purgatório e a fixação da dimensão laica das misericórdias, estatuídas pelas determinações do Concílio de Trento (1545-1563), e a transferência progressiva da administração dos hospitais para as misericórdias granjearam-lhe grande aceitação junto das elites locais na captação dos bens da alma dos defuntos, que constituía a base económica do poder das Santas Casas.¹¹

A assistência formal incluía a dádiva de esmolas em géneros (alimentação ou vestuário) ou em dinheiro. A sua iniciativa podia ser protagonizada por particulares, através de ação direta em vida ou por força de testamentos ou constituição de legados pios, ou por instituições, onde se incluíam misericórdias, confrarias, cabidos, mitras ou ordens religiosas. O enquadramento das ajudas podia ser domiciliário (visita aos pobres ou pagamento de tratamentos médicos em casa), público (de forma extraordinária, ritualizada ou ordinária) ou institucionalizado. Neste campo, destacavam-se vários institutos especializados para receber órfãos, mulheres jovens ou degeneradas (recolhimentos)¹², velhos (civis ou clérigos), viajantes, peregrinos, presos e doentes.

Não obstante ao intuito reformador no dealbar da Idade Moderna, debaixo do vocábulo “hospital” continuara a caber um conjunto alargado de cuidados corporais e espirituais que, à exceção dos institutos para doentes incuráveis, eram prestados a um leque bastante amplo de assistidos,¹³ identificados por uma condição social: a pobreza. Esta associação aos pobres permaneceu ao longo de todo o período moderno e teve protuberâncias para a Idade Contemporânea.¹⁴ Hospitais, recolhimentos e prisões eram espaços de marginalização,¹⁵ reclusão,¹⁶ vigilância e normalização. O hospital de Santiago, administrado pela família Barros desde a Baixa Idade Média, parece ser um testemunho dos “pequenos institutos referenciados como hospitais [que ao longo da Idade Moderna] continuava muito próximo dos ‘hospitais medievais’”.¹⁷

Institutos como este permanecem pouco estudados no território português comparativamente aos hospitais de média ou grande dimensão ou às fundações geridas por instituições de maior escala, como misericórdias¹⁸ ou a mitra. Nestes casos, o seu funcionamento interno encontrava-se enquadrado por um regimento, que, nomeadamente, impunha regras de produção e conservação de documentação resultante dos atos de gestão. Em algumas regiões espanholas, os hospitais que prestavam assistência médica através de um corpo clínico eram uma minoria¹⁹ e integravam-se numa rede assistencial bastante diversificada quanto às dimensões, funções e organização dos institutos que compunham a sua malha.²⁰

Em Álava (País Basco), por exemplo, existiam dois “hospitais” que se identificavam como simples casas para pobres em que estes não podiam apresentar doença.²¹ Para além dos hospitais com rendas robustas fundadas pelos monarcas ou pelo cabido, na cidade de Santiago de Compostela, no final do século XVI, existiam alguns hospitais de pequenas dimensões – os “hospitalillos” –, cuja fundação e administração era particular e permaneceram em funcionamento em meras casas habitacionais desde o período medieval. Os hospitais de Santa Ana, de São Fins e o da rua A Raiã, dirigiam-se exclusivamente a tratar ou alojar mulheres com pouquíssimos recursos económicos; eram instituições

com grande pobreza infraestrutural.²² Apesar de alguns avanços nos conhecimentos médicos e nas políticas públicas de saúde, sobretudo desenvolvidas seguindo os postulados iluministas e higienistas setecentistas, o hospital manteve-se conceptualmente arraigado ao estado de pobreza o que tornava muito amplo o seu campo de atuação.²³ O hospital de Santiago viu a sua toponímica afetada pela função social que ocupava. Ao longo do período moderno, foi também reconhecido localmente como “hospital das velhas” ou “hospital das pobres” evidenciado o apoio à velhice feminina. O exemplo do caso em estudo sobressai, aliás, muito parecido ao “hospitalillo” de Salomé, em Compostela, cujas pobres sobreviviam graças às solidariedades vicinais e assistenciais. No século XIX, essa instituição galega mantinha a sua atividade caritativa enquanto uma “casa que de tiempo inmemorial está destinada a dar solamente albergue a doce mujeres pobres, viejas e estropeadas que se sustentan regularmente de la caridad de los vecinos sin que tenga renta alguna”.²⁴

O caso do hospital em estudo comprova que é profunda a identificação do hospital com a virtude da “hospitalidade” enquanto “caridade que se usa no agasalho dos pobres”.²⁵ Um teto e uma cama constituíam os recursos materiais básicos para o cumprimento desta função,²⁶ que perpassa todos os institutos hospitalares independentemente do alcance dos cuidados ao corpo. A prática da caridade e da hospitalidade eram princípios orientadores das fundações de natureza assistencial, quer estes fossem de iniciativa leiga ou eclesiástica.²⁷ O hospital de Santiago foi, nesta aceção, um local onde se cumpria uma virtude cristã, mas cujo lastro assistencial o assemelhasse à proteção social garantida por uma família alargada no âmbito da casa. As visitas “ad limina” da arquidiocese de Braga confirmam esta dimensão, pois identificam o hospital como um “domicilium” para mulheres velhas; objetivamente diferente do “hospitali” de São Marcos ou do seu “hospitium” para peregrinos.²⁸ Luís Cardoso, em 1747, refere que no hospital das Velhas da freguesia da Cividade “viviam” mulheres pobres nos baixos das “casas nobres” do morgado de Real.²⁹ A partilha de um teto por pessoas com ou sem vínculos biológicos entre si constituía uma estratégia de sobrevivência dos pobres, nomeadamente das mulheres sem tutela masculina ativa (pai, marido ou filho).³⁰

A existência de respostas assistenciais específicas para género feminino persistiu desde a Idade Média³¹ e as mulheres sozinhas, fossem viúvas, solteiras ou idosas, estavam entre os grupos de maior vulnerabilidade social a quem o sistema de assistência prescrevia caridade merecida.³² Dirigindo-se à pobreza feminina, o hospital de Santiago respondeu ao problema social causado pela feminização da população urbana. Fatores demográficos e económicos – com o êxodo rural, a migração da população masculina, a data diferida ao casamento entre os membros do

casal e os baixos salários das atividades económicas desenvolvidas pelas mulheres – determinavam uma maior concentração de pessoas do género feminino nas cidades e acesso diferido ao matrimónio e às redes familiares estáveis que contribuíssem para uma velhice acompanhada.³³ Na ausência de um homem que as tutelasse, acreditava-se que as mulheres resvalariam ao seu estado de natureza, que as desconsiderava moralmente e que podia ser revertido vivendo honestamente.³⁴ O seu enquadramento institucional, como substituía a estrutura familiar, responsabilizava-se pela sua conduta moral.³⁵

A caridade especialmente dirigida aos idosos resultava de um ajuste compensatório entre a valorização social da velhice e a grande vulnerabilidade dessa população face ao sistema produtivo, que valorizava o trabalho autónomo.³⁶ Os arcebispos bracarense exaltavam, na sua comunicação com o papado, as linhas de ação caritativa especificamente direcionadas a velhas e viúvas.³⁷ Para além da restante resposta assistencial bracarense protagonizada por indivíduos ou instituições,³⁸ a família Barros da freguesia de Real galvanizava prestígio social através da administração do hospital de Santiago, cuidando do seu edificado e admitindo as pobres. As mulheres nele integradas, ao verem suprida uma das necessidades básicas “ad vitam” (alojamento),³⁹ podiam desempenhar atividades económicas, caso a saúde ou idade o permitissem, ou a ativar recursos supletivos da assistência formal ou informal.⁴⁰

A capacidade dos hospitais medievais raramente ultrapassava as dez camas.⁴¹ Em alguns casos de fundações assistenciais privadas, a quantidade de pobres a acolher parece fixar-se em números mágicos/religiosos. Os três, cinco, sete, 12 ou 13, são identificáveis com representações de entidades superiores, como a Santíssima Trindade, ou alusões imagéticas à pobreza e humildade, como a quantidade das pessoas presentes na Última Ceia.⁴² Esta dimensão simbólica foi transferida para a composição das administrações confraternais, de que a Misericórdia é exemplo paradigmático: era governada por treze homens e um deles, o provedor, tinha prerrogativas de “primus inter pares”.⁴³ Esta importância da comparação a Cristo e aos apóstolos gerou, em algumas Santas Casas, práticas de inversão dos papéis, como aquela em que o provedor, representando Jesus, lavava os pés a 12 pobres.⁴⁴

Em Viana da Foz do Lima, “o hospital velho”, fundado em 1468 por João Pais e Maria Velho, tinha apenas sete leitos no final do século XV.⁴⁵ O hospital das Velhas, fundado em 1295 e administrado pela Misericórdia do Porto desde 1521, tinha, no final do século XVIII, 15 ocupantes.⁴⁶ Alguns dos recolhimentos modernos de Braga apresentavam uma lotação baixa, em redor de números como 5, 6, 7 ou 12. O maior era o de Nossa Senhora do Rosário ou de São Domingos de Tamanca, fundado em 1724, e o mais pequeno o de Santa Teresa que, no início (1742), recebia apenas

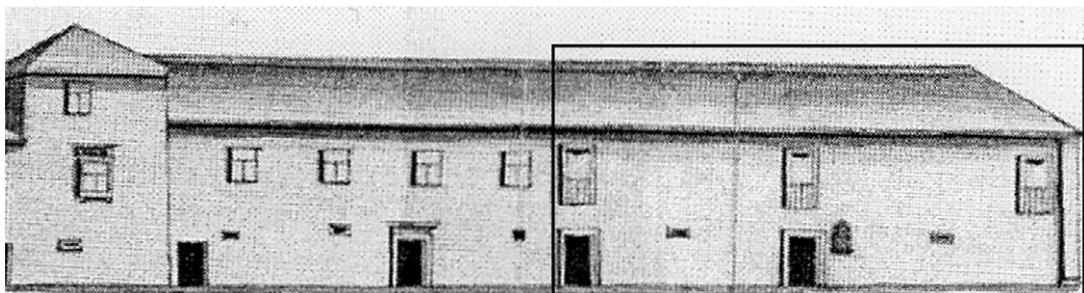


Figura 1
Hospital de Santiago
localizado na rua de
São Tiago, Santa Maria
ou do Poço (1750)

Fonte: Mapa das Ruas
de Braga, Edição Fac-
Simile (1750), vol. 1 (Braga:
Arquivo Distrital de Braga
e IBM Portugal, 1989), fl. 14.

cinco recolhidas.⁴⁷ Num quadro mais genérico, e salvo instituições de maiores dimensões, sobretudo destinadas a educar órfãs, estes números (7, 12, 13) ainda constam das instituições de clausura fundadas ao longo da Idade Moderna.⁴⁸

Teria o hospital de Santiago um “*numerus clausus*” semelhante aos seus congéneres medievais e aos institutos modernos exclusivamente destinados a receber mulheres? Conforme evidenciamos, em Espanha, graças às iniciativas da coroa para reconhecer o tecido assistencial nos seus domínios, encontram-se documentados muitos exemplos de pequenas instituições que, mesmo tendo nome de hospital, não passavam de casas de reduzidas dimensões com restritas ou nenhuma rendas cuja sobrevivência se pautava por uma grande pobreza infraestrutural. No caso português, para além dos grandes hospitais de Todos os Santos (Lisboa), da Luz (Carnide), do Espírito Santo (Setúbal) e de Santo António (Porto), e de algumas instituições que aumentaram as suas infraestruturas ao longo do período moderno (Viana da Foz do Lima, Vila Real, Viseu, Braga, Caldas da Rainha), a assistência coberta pela palavra “hospital” continuou a integrar inúmeros institutos muito próximos dos seus congéneres medievais, quer quanto ao número de assistidos quer no alcance dos cuidados prestados.⁴⁹

Hospital de Santiago

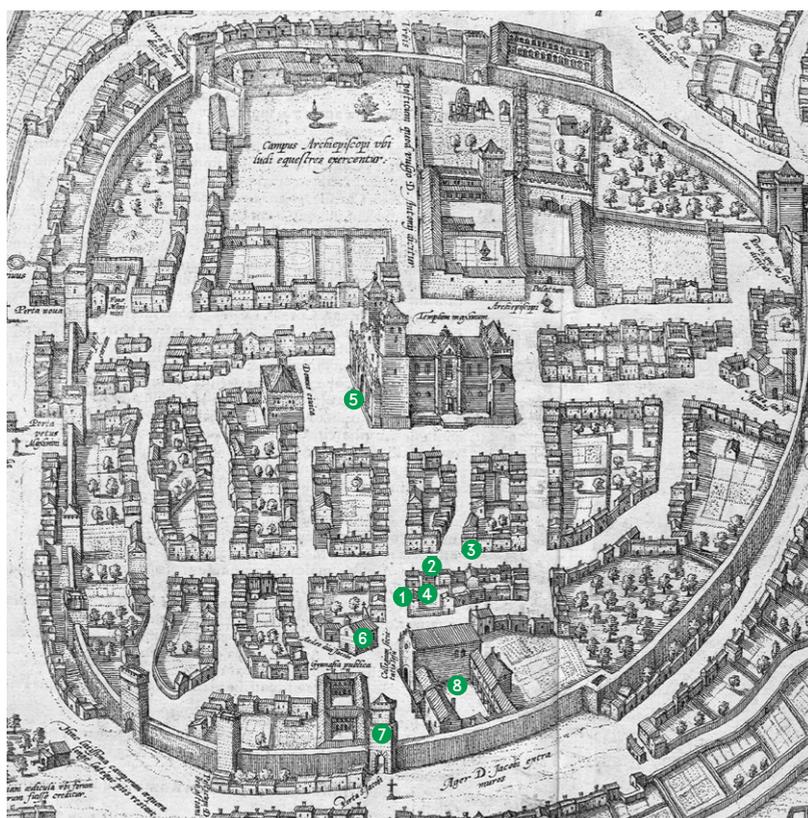
A existência do hospital de Santiago enquadra-se num “morgado-capela”, isto é, na vinculação de um conjunto patrimonial à obrigação perpétua de uma capela de missas e à sustentação de uma linhagem nobre para manutenção de um apelido. Devemos atentar em dois momentos históricos determinantes: o primeiro, algures na Baixa Idade Média, foi protagonizado por D. Martim Martins de Barros, que instituiu o “vínculo de Morreira”; o segundo, datado de 1539 e protagonizado por um seu descendente – Lopo de Barros – e a sua esposa – D. Beatriz Bravo de Araújo –, acrescentou, através de um contrato,⁵⁰ bens de raiz e de novas obrigações pias ao instituto primitivo, originando formalmente o “morgado de Real”. [Figura 1]⁵¹

Figura 2
Braga intramuros no
final do século XVI

Fonte: ADB, *Quinta de Real, Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fls. 2-4v; ADB, *Índice dos Prazos do Cabido, século XVIII*, n.º 1, fl. 248; *Nova Bracaræ Auguste descriptio de George Braun, 1594*.

Legenda:

1. Hospital de Santiago;
2. Casa do cabido com foro perpétuo ao morgado de Real e casas grandes sobradas a nascente destas;
3. Casas sobradas com frente para a rua do Pai Manta e rua Pequena;
4. Quintal, laranjal, poço, palheiro e casas térreas (sul) da família Barros;
5. Sé de Braga;
6. Igreja de São Tiago da Cidade;
7. Porta de São Tiago;
8. Colégio da Companhia de Jesus.



São muitas as dúvidas sobre a data exata da fundação do hospital. A “Memória Paroquial” da freguesia da Sé (Braga), escrita em 1758, refere que D. Martim Martins de Barros instituiu o vínculo e a capela durante a prelatura do arcebispo D. Estêvão de Sousa (p. 1212–1228).⁵² As obras de genealogia são contraditórias quanto à localização da vida deste homem na história da sua família. Domingos Affonso anuiu que D. Martim Martins de Barros era arcediogo de Braga e que teria vivido no século XIV.⁵³ Felgueiras Gaio identificou D. Martim como um nobre vassalo de D. Fernando I (r. 1367–1383) e neto de Fernão Dias de Barros, um biscainho fixado no lugar de Barros, no termo de Pico de Regalados.⁵⁴ As referências do historiador José Marques à albergaria de São Tiago, existente em Braga na Idade Média, apontam para a hipótese da datação ser mais recuada, pois o autor afirmou que, em meados do século XIII, esse instituto já recebia doações de particulares.⁵⁵ Sabemos que, entre 1245 e 1347, não existiu nenhum arcediogo de Braga chamado Martim Martins de Barros, conforme nos indicam as listas biográficas dos membros do cabido.⁵⁶ [Figura 2]

Apesar desta imprecisão, é certo que a administração do hospital de Santiago [Figura 1] andava associada ao cumprimento de uma missa semanal. Estes sufrágios eram rezados no altar de Nossa Senhora da Graça, que se localizava junto à sepultura do fundador, na nave central da Sé de Braga. A obrigação era

Figura 3
Pedra de Armas dos
Barros na capela de
Nossa Senhora da Graça
no claustro da Sé de
Braga (atualidade)

Fonte: Fotografia do autor.
Cortesia do Tesouro-Museu
da Sé de Braga.



financiada pelos bens de raiz a ela vinculados, nomeadamente as propriedades no intramuros de Braga e na freguesia de Vila Cova da Morreira, localizada no termo da mesma cidade. O ónus da sua administração recaía sobre o filho primogénito, legítimo e natural do anterior sucessor e era fiscalizada anualmente pelo juiz da confraria de São Tiago da igreja da Cividade, nas vésperas do dia do santo da mesma invocação.⁵⁷ O modelo agnático de gestão dos bens patrimoniais e simbólicos da nobreza da linhagem dos Barros, nomeadamente o uso do nome, o cumprimento das missas, o zelo pela sepultura do fundador, a escolha do capelão e a administração do hospital, foram fixadas por D. Martim Martins de Barros e passaram para as cláusulas do contrato de instituição do morgado de Real.⁵⁸ No tempo da administração de Valentim de Barros e, portanto, antes do acrescento de bens protagonizado pelo seu filho,⁵⁹ o morgado da família valia 300 cruzados e consta do enunciado dos morgados e capelas na “Geographia d’Entre Douro e Minho e Tras-os-Montes”, do Dr. João de Barros.⁶⁰

O edifício onde funcionou este instituto de assistência integrava-se especialmente nas outras propriedades da família, intituladas, em 1539, de “cabeça do vínculo antigo”. Estavam localizadas no intramuros da cidade nas principais ruas limítrofes à Sé [ver figura 2]. Um quintal, laranjal, poço e palheiro criavam uma zona comum a estas propriedades. Estas pendências ligavam, pelas traseiras, as casas térreas da rua de São Tiago, onde funcionava



Figura 4
Solar da Quinta de Real
(atualidade)

Fonte: Fotografia do autor.
Cortesia da Congregação
Religiosa das Servas
Franciscanas de Nossa
Senhora das Graças.

o hospital,⁶¹ às propriedades das ruas de Palhas e de Paimanta. O hospital estava localizado num ponto nevrálgico da cidade medieval, pois a sua rua ligava a porta do sul da muralha à catedral e ao edifício da câmara, centros do poder temporal e religioso da cidade. A existência de pendências produtivas, o reaproveitamento de habitações com reduzidas dimensões⁶² e a proximidade a eixos de circulação de pessoas e bens (pontes, portas das cidades ou caminhos de peregrinação) têm sido apontadas como características da rede hospitalar portuguesa do período medieval.⁶³ [Figura 3]

Contrariando a tendência de crise tardomedieval das instituições de assistência,⁶⁴ num ato de demarcação do prestígio social do projeto linhagístico inaugurado por Martim Martins de Barros, Lopo de Barros e Beatriz Bravo de Araújo acrescentaram vários bens ao vínculo anterior. Essas propriedades advinham das suas terças partes disponíveis, para “não fazerem injúria a nenhum filho nem filha”.⁶⁵ Desde aí, os bens por eles incorporados (anexo 1) andariam sempre unidos na sucessão do primogénito “todo em um corpo sem nunca poderem revogar nem desfazer.”⁶⁶ Cumpridos os sufrágios pela alma estabelecidos (quadro 1), o administrador achava-se livre de dispor dos restantes frutos para preservar o nome e a nobreza da família Barros. A definição qualitativa da nobreza fazia-se pelo pronunciamento da antiguidade dos antepassados através de atos de proclamação pública. O morgado, capela (figura 3), solar (figura 4), brasão de armas e serviço

Intenção	Tipo
Alma de D. Martim Martins de Barros	Missa semanal às segundas-feiras
Alma de Lopo de Barros e D. Beatriz Bravo de Araújo	Missa semanal às quartas-feiras
Alma de Diogo Bravo e D. Beatriz Vaz	Missa semanal aos sábados
Alma dos reis D. Afonso V, D. João II e D. Manuel I	Missa de aniversário em dia de Reis ou na oitava do Natal

Quadro 1
Missas de obrigação na capela de Nossa Senhora da Graça do morgado de Real (1539)

Fonte: ADB, *Quinta de Real, Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fls. 10v. e 14v.

régio eram elementos estruturantes da identificação do nobre no seu contexto social,⁶⁷ enquanto mecanismos de recordação, memorização e afirmação da autoridade.⁶⁸ [Figura 4]

As missas estabelecidas pelo contrato do morgado demarcam que a proximidade à família real devia ser vivida anualmente. Todos os Dias de Reis, no espaço panteão dos Barros, impõe-se a celebração de uma missa de aniversário pelos reis D. Afonso V (r. 1448-1481), D. João II (1481-1495) e D. Manuel I (1495-1521). Esse sufrágio tinha como objetivo recordar e agradecer as muitas mercês recebidas por Valentim de Barros e Diogo Bravo, pais do casal refundador.⁶⁹ É também da disposição de bens quinhentista que, por via feminina, chegam aos Barros as propriedades de São Jerónimo de Real (quinta e os seus casais místicos), nas imediações rurais da cidade de Braga. A quinta de Real fixou-se a residência palatina da família.

Indicando o cuidado pela repetição da memória dos antepassados através dos sufrágios pela alma, os Barros transferiram, em 1503,⁷⁰ a capela-mausoléu familiar para o claustro da Sé de Braga, local de grande importância para a representação “post-mortem” da época.⁷¹ Com a instituição do morgado de Real, nessa capela (figura 3) realizavam-se três missas semanais e uma missa de aniversário pelos reis de Portugal. O clérigo era escolhido pelo administrador, devendo ser um “homem de boa vida e honesto em seu viver”.⁷² Anualmente, por ocasião do Dia de Finados, o titular do vínculo deveria ordenar que as sepulturas fossem condignamente cobertas “seguindo o costume”.⁷³ A recordação pública da ancestralidade e nobreza dos Barros devia ser participada pelos membros da família ao longo dos tempos, pois os administradores são incumbidos da obrigação de cuidar dos ornamentos da capela e das sepulturas e recomendam-lhes que fossem ouvir as missas. [Quadro 1]

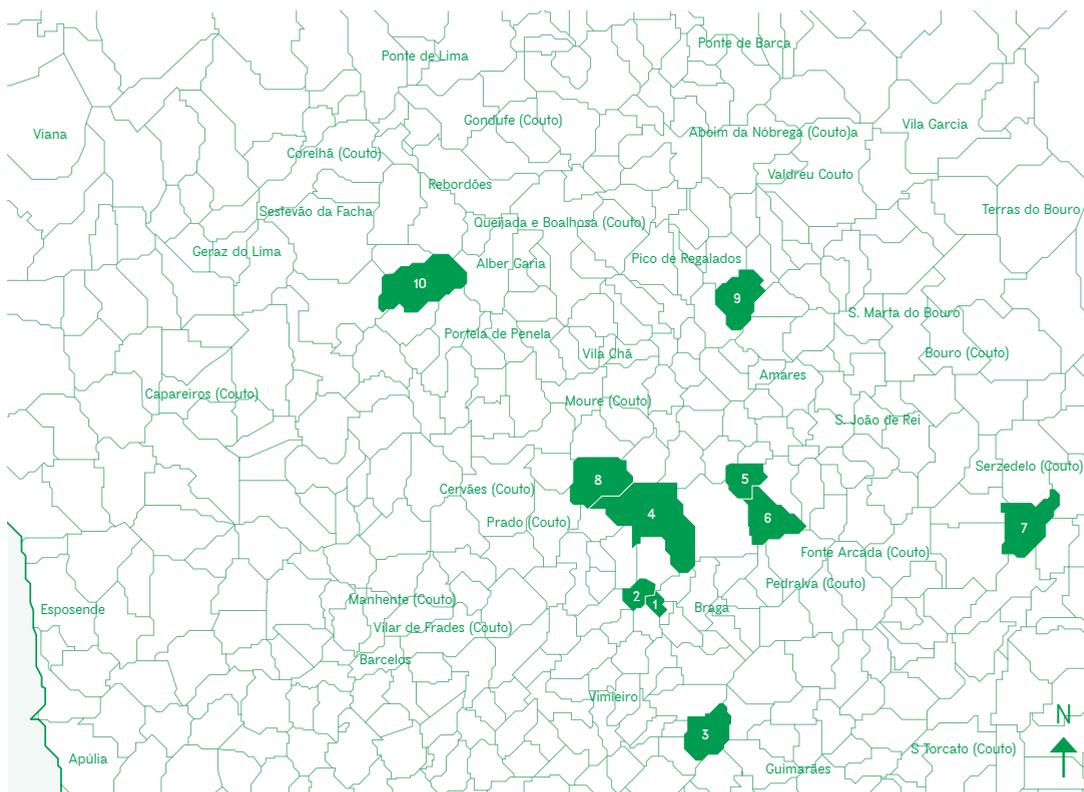
A capela de Senhora da Graça e o hospital de Santiago eram mecanismos de proclamação pública da autoridade da linhagem assente na evidência da antiguidade dos Barros.⁷⁴ Independente da sua escala, desde a Idade Média e ao longo do período moderno, as instituições de assistência obtiveram reconhecimento social: eram espaços de representação do poder daqueles que as proviam com doações; contemplavam vinculações patrimoniais normativamente protegidas dada a sua importância económica e social. No âmbito de uma sociedade hierarquizada por princípios discriminatórios, dar e receber estruturavam as relações que interligavam os

diversos corpos sociais.⁷⁵ Ricos organizavam e estruturavam trocas que envolviam compensações de tipo monetário, simbólico ou espiritual para os pobres.⁷⁶

Notas finais

O hospital de Santiago foi administrado, desde a sua fundação até ao século XIX, pela família Barros de São Jerónimo de Real, conforme a obrigação estabelecida por D. Martim Martins de Barros para a gestão do património vinculado à sustentação do nome e nobreza da sua família. Esta instituição de assistência localizava-se no intramuros da cidade de Braga, nas casas que o fundador determinou para esse efeito. O instituto alojou de forma gratuita mulheres idosas, viúvas ou solteiras, selecionadas pelo administrador do vínculo. No século XVI, Lopo de Barros e Beatriz Bravo de Araújo aumentaram o número de sufrágios por alma de uma para três missas semanais, instituíram um aniversário pelos reis de Portugal e mantiveram o hospital na tutela da família. Incorporaram a terça parte disponível dos bens de ambos, formalizando o morgado de Real; dessa forma, ampliaram o alcance simbólico e económico do vínculo anterior. O primogénito varão que sucedesse geriria as propriedades enquanto cumprisse as cláusulas que haviam sido impostas pelos instituidores.

O hospital de Santiago era um catalisador da nobreza dos Barros. A autoridade da família e do seu apelido enraizavam-se na antiguidade dos antepassados e no serviço régio. O poder era proclamado no espaço público através de determinadas prerrogativas, nomeadamente a posse de propriedades vinculadas, a realização de sufrágios na capela-panteão ou por ações de caridade, nomeadamente dando alojamento gratuito às pobres que vivam no hospital. As mulheres enquadradas nessa instituição afirmavam o “status” da família Barros enquanto geriam uma das necessidades básicas da sua sobrevivência.



Anexo 1

Bens de raiz do morgado de Real (1539)

Fonte: Edição do autor; Mapa das paróquias e municípios em 1758 – Atlas Cartografia Histórica. “Historical Atlas”. Acedido 20 de Julho de 2020. <http://atlas.fcsh.unl.pt/cartoweb35/atlas.php>; Dados – ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, 1862, n.º 36, fls. 2-4v.

Legenda:

- 1. Braga (Intramuros)**
Rua do Paimanta (casas grandes e três casas sobradadas), Rua Pequena (duas casas sobradadas), Rua de São Tiago, Santa Maria, Poço (três casas terreiras), Rua de Palhas (duas moradas terreiras e um palheiro), Rua Verde (casas sobradadas), Rua de Sousa (casas grandes)
- 2. S. Jerônimo de Real (Braga)**
Quinta de Real e casais místicos (casal de Real e casal de Proidelo)
- 3. Vila Cova da Morreira (Braga)**
Quinta “Paço de Meixeira” e casais anexos (treze caseiros)
- 4. Palmeira (Braga)**
Quinta da Granja e Casais de Santo Estêvão (três caseiros)
- 5. Navarra (Braga)**
Casal Novo de Coveiro (um caseiro)
- 6. Crespos (Braga)**
Quinta de Crespos (quatro caseiros)
- 7. Oliveira (Lanhoso)**
Casal de Gémeos (dois caseiros)
- 8. S. Tiago de Francelos (Prado)**
Herdades
- 9. Regalados (Pico de Regalados)**
Quinta da Ventosa
- 10. Cabaços (Penela)**
Casal de Fremonde/Tresmonde



Notas

1. Neste texto, os termos “medieval” e “Idade Média” correspondem ao período da Baixa Idade Média.

2. Sá, Isabel dos Guimarães, “Pobreza”, in Azevedo, Carlos Moreira (dir.), *Dicionário de História Religiosa de Portugal*, Lisboa, Círculo de Leitores e Centro de Estudos de História Religiosa da UCP, 2001, p. 456.

3. Este assunto foi sistematizado no texto escrito por Sá, Isabel dos Guimarães, “Memória, mitos e historiografia das misericórdias portuguesas”, in Paiva, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 10, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas, 2017, pp. 451-500. Os trabalhos sobre a história da pobreza e da assistência em Portugal são prolixos. Destacam-se os resultados apresentados pelos historiadores Ivo Carneiro de Sousa, Inês Amorim, Isabel dos Guimarães Sá, José Pedro Paiva, Laurinda Abreu, Maria Antónia Lopes e Maria Marta Lopo de Araújo. A maior parte destes estudos têm-se centrado na ação das Misericórdias. Neste campo, foi fundamental o contributo apresentado pelos dez volumes da *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, coordenada por José Pedro Paiva. A importância das Santas Casas no sistema assistencial português tem sido complementada com estudos que atentam ao papel caritativo da igreja através dos seus agentes. Conferir, por exemplo, os vários estudos publicados em Abreu, Laurinda (ed.), *Igreja, caridade e assistência na península ibérica (séc. XVI-XVIII)*, Lisboa: Edições Colibri e CIDUS/UE, 2004 e, para o caso específico de Braga, ver Araújo, Maria Marta Lobo de Araújo, “A Misericórdia de Braga e os arcebispos da cidade na primeira metade do século XVI”, in *Congresso Internacional. 500 anos de história das Misericórdias. Atas*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2013, pp. 57-78.

4. cf. Sá, Isabel dos Guimarães, “Assistência. II. Época Moderna e Contemporânea”, Azevedo, Carlos Moreira (dir.), *Dicionário de História Religiosa de Portugal*, Lisboa, Círculo de Leitores e Centro de Estudos de História Religiosa da UCP, 2000, p. 140.

5. Sá, Isabel dos Guimarães, *As misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Lisboa, Livros Horizonte, 2001, pp. 27-28.

6. Marques, José, “O Minho na Baixa Idade Média”, in *Minho. Traços de Identidade*, Braga, Universidade do Minho, 2009, pp. 312-313.

7. Sobre este momento da história do hospital de São Marcos ver Araújo, Maria Marta Lobo de, “Os serviços de saúde e a assistência à doença”, in Capela, José Viriato; Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Santa Casa da Misericórdia de Braga 1513-2013*, Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2013, pp. 348-353.

8. Na Baixa Idade Média, salvo a exceção de hospitais maiores onde se prestavam cuidados de saúde propriamente ditos, os pobres chegavam a essas instituições para serem acolhidos, agasalhados, alimentados, tratados, sepultados e enquadrados religiosamente. Podiam receber um teto, roupa, alimentação, normalmente por períodos curtos de tempo. A amplitude dos tratamentos recebidos relacionava-se com o que havia sido designado pelo instituidor ou doadores. Se em muitas fundações cabiam todos os que eram considerados pobres, alguns hospitais e albergarias prestavam assistência especializada, pois integravam doentes incuráveis ou pessoas em trânsito, como os peregrinos, e direcionavam os seus serviços a tipos de pobres normalmente associados a uma maior vulnerabilidade, como mulheres, velhos ou órfãos. Estes institutos urbanos estavam implementados em simples casas legadas pelos instituidores; a sua arquitetura não os diferenciava dos outros edifícios habitacionais, normalmente com menos de dez camas e comumente implementadas junto de importantes vias de comunicação. Cf. Rocha, Ana Rita Saraiva da, “A assistência em Coimbra na Idade Média: dimensão urbana, religiosa e socioeconómica (séculos XII a XIV)”, Coimbra, Universidade de Coimbra, 2019, tese de doutoramento policopiada, p. 397.

9. Sá, Isabel dos Guimarães Sá, “Assistência...”, p. 141.

10. Abreu, Laurinda, “Processos de integração de normas e práticas nos campos da assistência e da saúde (Portugal, séculos XVI-XVIII)”, in Polónia, Amélia, et al. (organ.), *História e Ciência: Ciência e Poder na Primeira Idade Global*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2016, p. 23.

11. Sobre este assunto cf. Abreu, Laurinda, “Misericórdias: patrimonialização e controlo régio (século XVI-XVII)”, in *Ler História*, n.º 44, 2003, pp. 5-24.

12. Laurinda Abreu classificou-os em três tipos: os formativos, que funcionavam como antecâmara da vida conventual

Notas

ou matrimonial; os contemplativos, nos quais a mulher procurava, pela clausura voluntária, recriar a sua existência em sociedade integrando-se num microcosmo feminino baseado na interajuda e vivência comunitária afastada do mundo civil; os reformadores, constituídos por mulheres pecadores, que procuravam restabelecer-lhes a honra perdida. Cf. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres: as dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*, Lisboa, Gradiva, 2014, pp. 216-218.

13. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, p. 41.

14. Esteves, Alexandra, “Do Hospital de D. Lopo de Almeida ao Hospital de Santo António”, in Araújo, Maria Marta Lobo de; Osswald, Helena (coord.), *Sob o manto da Misericórdia: contributos para História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, vol. 2, Coimbra, Almedina, 2018, p. 258.

15. Sá, Isabel dos Guimarães, “Os espaços de reclusão e vida nas margens”, in Mattoso, José (dir.), *História da Vida Privada. A Idade Moderna*, Lisboa, Temas e Debates/Círculo de Leitores, 2011, pp. 293-299.

16. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, p. 183.

17. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, p. 254.

18. Como o hospital das Velhas, no Porto, que era uma fundação medieval entregue à gestão da misericórdia local no princípio do século XVI. Cf. Rodrigues, Lisbeth, “A saúde do corpo”, in Sá, Isabel dos Guimarães Sá; Amorim, Inês (coord.), *Sob o manto da Misericórdia: contributos para História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, vol. 1, Coimbra, Almedina, 2018, pp. 309-315.

19. Em Leão, por exemplo, dos 121 hospitais cadastrados em meados de setecentos, apenas 12% tinham assistência médico-sanitária e a maioria (50%) eram simples refúgios onde se acolhiam pobres viandantes, mormente peregrinos, sem nenhum tipo de apoio complementar (alimentação ou esmola). Alguns dos hospitais que possuíam médico e cirurgião tinham apenas oito ou dez camas. Cf. Martín García, Alfredo, “Hospitales y refugios: la red asistencial leonesa durante el siglo XVIII”, in Araújo, Maria Marta Lobo de; Esteves, Alexandra (coord.), *Marginalidade. Pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*, Braga, CITCEM, 2011, pp. 193-198. Na comunidade de Maragata, apenas dois dos dez hospitais ofereciam assistência médico-sanitária. Cf.

Pérez Álvarez, María José, “Enfermedad y caridad en la provincia de León durante la Edad Moderna: el Hospital de Las Cinco Llagas de la ciudad de Astorga”, in *Hispania Sacra* LXIII, n.º 127, 2011, p. 77.

20. Em Álava, existiam 76 hospitais no segundo quartel do século XVIII. 36 desses institutos estavam efetivamente abertos e apenas 22 possuíam rendas que lhes permitiam subsistir de forma autónoma; os restantes estavam totalmente dependentes da intervenção municipal, das esmolas de terceiros ou do trabalho do hospitaleiro/hospitaleira, cargo que era, muitas vezes, arrendado. Cf. Ferreiro Ardións, Manuel; Lezaun, Juan, “La asistencia hospitalaria en Álava durante la Edad Moderna”, in *Sancho el Sabio*, n.º 38, 2015, pp. 223-224.

21. São os casos dos Hospitais de Valle de Ayalar e de Sarria, em Álava, no País Basco. Ver Ferreiro Ardións, Manuel; Lezaun, Juan, “La asistencia hospitalaria en Álava...”, p. 229.

22. Cf. Barreiro Mállon, Baudillo; Rey Castelao, Ofelia, *Pobres, Peregrinos y Enfermos: La red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*, Santiago de Compostela, Consorcio de Santiago e Nigra Arte, s.d., pp. 60-67.

23. Esteves, Alexandra, “Do Hospital de D. Lopo de Almeida ao Hospital de Santo António...”, p. 258.

24. Barreiro Mállon, Baudillo; Rey Castelao, Ofelia, *Pobres, Peregrinos y Enfermos...*, p. 88.

25. Bluteau, Rafael, *Vocabulario portuguez e latino, aulico, anatomico, architectonico, bellico, botanico, brasilico, comico, critico, chimico, dogmatico, dialectico, dendrologico, ecclesiastico, etymologico, economico, florifero, forense, fructifero... autorizado com exemplos dos melhores escritores portuguezes, e latinos*, vol. 4, Coimbra, Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1716, p. 65.

26. Este seria, na Idade Média, o equipamento fundamental para se cumprir a função de alojar pobres que era transversal a cada hospital. Cf. Le Blevec, Daniel, *La part du pauvre: l'assistance dans les pays du Bas-Rhône du XXe au milieu du XVe siècle*, vol. 2, Roma, École Française de Rome, 2000, p. 766.

27. Rodrigues, Lisbeth, “Os hospitais portugueses no Renascimento (1480-1580): o caso de Nossa Senhora do Pópulo das Caldas da Rainha”, Braga, Universidade do Minho, 2013, tese de doutoramento policopiada, p. 21.

28. Soares, António Franquelim Sampaio Neiva, *Relatórios das Visitas Ad*

Limina da Arquidiocese de Braga (1585–1910), vol. I, Braga, Arquidiocese de Braga, 2015, pp. 199 e 264.

29. Cardoso, Luís, *Diccionario geografico, ou noticia historica de todas as cidades, villas, lugares, e aldeas, rios, ribeiras, e serras dos Reynos de Portugal, e Algarve, com todas as cousas raras, que nelles se encontraõ, assim antigas, como modernas / que escreve, e offerece ao muito alto... Rey D. João V nosso senhor o P. Luiz Cardoso, da Congregação do Oratorio de Lisboa*, Lisboa, Regia Officina Sylviana da Academia Real, 1747, p. 261.

30. Hufton, Olwen, “Women Without Men: Widows and Spinsters in Britain and France in the Eighteenth Century”, in *Journal of Family History*, n.º 9, 1984, pp. 355–376.

31. Veja-se, por exemplo, para o caso inglês Dyer, Christopher, “Poverty and Its Relief in Medieval England”, in *Past & Present* 216, n.º 1, 2012, pp. 41–78, <https://doi.org/10.1093/pastj/gts016>.

32. Sobre a definição do pobre merecedor ver Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, pp. 22–37.

33. Marcos Martín, Alberto, “Viejos en la ciudad. La estructura de edad de la población en los núcleos urbanos espanõles del Antiguo Régimen”, in García González, Francisco (coord.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España siglos XVI–XXI*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla, 2005, p. 106.

34. A virtude da honestidade opunha-se à condição naturalmente degenerada do género feminino. A moralidade inferior das mulheres encontrava-se radicada nos princípios do direito comum europeu, na matriz religiosa judaico-cristã e até nas conceções médicas da Antiguidade Clássica. Cf. Hespanha, António Manuel, “O estatuto jurídico da mulher na Época da Expansão”, in *Oceanos*, n.º 21, 1995, pp. 8–16.

35. Woolf, Stuart, *Pobres en la Europa moderna*, Barcelona, Rustica Editorial, 1989, p. 44.

36. Carasa, Pedro, “Marginación de la vejez en la cultura del liberalismo contemporáneo español”, in García González, Francisco (coord.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España siglos XVI–XXI*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla, 2005, p. 106.

37. Foram os casos das visitas “ad limina” das prelaturas dos arcebispos D. Frei Agostinho de Jesus (p. 1582–1609), D. Rodrigo da Cunha (p. 1627–1639) e D. Rodrigo de Moura Teles (p. 1704–1728).

Ver Soares, António Franquelim Sampaio Neiva, *Relatórios das Visitas Ad Limina...*, pp. 190–196. Sobre a ação caritativa do arcebispo D. José de Bragança na dotação de órfãs consultar o trabalho de Araújo, Maria Marta Lobo de Araújo, “Aos pés de Vossa Alteza Sereníssima: as pobres do arcebispo brarense D. José de Bragança”, in *Cadernos do Noroeste* 17, n.º 1–2, 2002, pp. 101–123.

38. Araújo, Maria Marta Lobo de Araújo, “A oferta assistencial na Braga Setecentista”, in Rey Castela, Ofelia; López, Roberto (coord.), *El mundo urbano en el siglo de la Ilustración: actas de Reunión Científica de la Fundación Española de Historia Moderna*, 10, Santiago de Compostela, 2009, vol. 2 Santiago de Compostela, Dirección Xeral de Turismo, 2009, pp. 245–256.

39. Lopes, Maria Antónia, *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750–1850)*, vol. 1, Viseu, Palimage Editores, 2000, p. 40.

40. Rute Pardal evidenciou a importância do trabalho e das redes familiares e vicinais para a sobrevivência das pobres eborenses. Verificar Pardal, Rute, *Práticas de caridade e assistência em Évora (1650–1750)*, Lisboa, Colibri, CIDEHUS/UE, Centro Interdisciplinar de História, Culturas e Sociedade da Universidade de Évora, 2015, pp. 262–266.

41. Rocha, Ana Rita Saraiva da, “A assistência em Coimbra na Idade Média...”, p. 391.

42. Rosa, Maria de Lurdes, “A religião do século: vivências e devoções dos leigos”, in Azevedo, Carlos Moreira (dir.), *História Religiosa de Portugal: Formação e Limites da Cristandade*, vol. 1, Lisboa, Círculo de Leitores, 2000, pp. 464–465.

43. Sobre o modelo de gestão desta irmandade cf. Sá, Isabel dos Guimarães, *Quando o rico se faz pobre: as Misericórdias, caridade e poder no império português (1500–1800)*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, 1997, pp. 94–105.

44. Sá, Isabel dos Guimarães, *As misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal...*, pp. 92–93.

45. cf. Araújo, Maria Marta Lobo de, “A protecção dos arcebispos de Braga à Misericórdia de Viana da Foz do Lima (1527–1615)”, in Abreu, Laurinda (ed.), *Igreja, caridade e assistência na península ibérica (séc. XVI–XVIII)*, Lisboa, Edições Colibri e CIDEHUS, 2004, p. 5.

Notas

46. Esteves, Alexandra, “Do Hospital de D. Lopo de Almeida ao Hospital de Santo António...”, p. 285.

47. Araújo, Maria Marta Lobo de, “Os recolhimentos femininos de Braga na Época Moderna”, in Abreu, Laurinda (ed.), *Asistencia y Caridad como Estrategias de Intervención Social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)*, Bilbao, Universidade del País Basco, 2007, p. 301.

48. Veja-se, por exemplo, as 12 órfãs nobres do recolhimento de São Manços, em Évora, fundado em 1594, as 13 órfãs do recolhimento de Santo António/Misericórdia, erigido, na mesma altura, em Lisboa, os 13 clérigos pobres que, na capital do reino, integravam o Colégio de Nossa Senhora da Conceição (1651). Ver o quadro síntese em Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, pp. 192–196.

49. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres...*, pp. 254–255.

50. O documento original encontra-se datado de 2 de abril de 1539, mas a cópia mais antiga que identificamos é da década de 80 desse século. Essa transcrição encontra-se em ADB, Mitra Arquiepiscopal de Braga, Juízo dos Resíduos, *Livro 2.º – Livro de traslado das missas perpétuas e instituições*, n.º 5, fls. 73-87. As citações que fazemos advêm da cópia oitocentista, emitida pelo administrador do concelho de Braga, em 27 de outubro de 1862, a pedido do Visconde do Amparo (titular do morgado de Real à data); ver ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo, residente na sua Quinta do Amparo, do concelho de Leiria, de certidão e teor da instituição do Morgado de Lopo de Barros que se acha no livro que servia no ano de 1670, folha 26, do extinto Juízo dos Resíduos e respetiva certidão*, 1862, n.º 36.

51. O índice dos prazos das casas do cabido, manuscrito no século XVIII, refere que a rua de São Tiago era a parte da rua de Santa Maria que ficava acima da Travessa que nesse século era mais conhecida pelo nome de rua do Poço. Arquivo Distrital de Braga (doravante ADB), *Índice dos Prazos das Casas do Cabido, século XVIII*, n.º 1, fl. 18.

52. Arquivo Nacional Torre do Tombo (Lisboa), Memórias Paroquiais, *Paróquia de Braga (Sé)*, 1758, n.º 57, pg. 1117.

53. Affonso, Domingos de Araújo, “Da verdadeira origem de algumas famílias ilustres de Braga e seu termo. XVIII Barros de São Jerónimo de Real”, in *Bracara Augusta* XXIV, n.º 57-58 (69-70), 1970, p. 124.

54. Gaio, Felgueiras, *Nobiliário de Famílias de Portugal*, Tomo VI, Braga, Oficinas Gráficas da “Pax”, 1938, p. 158.

55. Marques, José, “O culto de São Tiago no Norte de Portugal”, in *Lusitana Sacra*, 2.a série, n.º 4, 1992, p. 130.

56. Rodrigues, Ana Maria S. A., et al., *Os capitulares bracarenses (1245–1574): notícias biográficas*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa/ Universidade Católica Portuguesa, 2005, pp. 125–139.

57. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 11v.

58. “O qual morgado [antigo] sempre andou e anda no filho varão mais velho que ficar por morte do último sucessor sem se poder partir nem alhear”. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 4v.

59. Pai de Lopo de Barros, instruidor do morgado de Real, e de D. Frei Brás de Barros, primeiro bispo de Leiria.

60. Barros, João de, *Geographia d’entre Douro e Minho e Tras-os-Montes*, Porto, Câmara Municipal do Porto, 2019, p. 140.

61. Ainda são casas de um piso no contrato de instituição do morgado de Real. Luís Cardoso, em meados do século XVIII, refere que as velhas vivem no piso térreo de umas casas nobres. No Mapa de Braunio (figura 2) e no Mapa das Ruas de Braga (figura 1) essas casas do morgado encontra-se desenhadas com dois pisos.

62. O hospital teria pouco mais de 100m² de área coberta útil por cada piso, que correspondia ao espaço onde habitavam as pobres. A propriedade de 17 das casas do cabido, que confrontava a norte com o hospital e a nascente com uma casa do morgado de Real que pagava um censo de 54 réis ao cabido, tinha de área coberta por sobrado 100m² (6 varas e uma terça de nascente para poente por 13 varas de norte a sul) e um pequeno quintal nas traseiras com 71,5m² (5 varas por 13 varas). No século XVIII, o quintal já tinha sido transformado num rossio sobre o qual existia uma varanda. Esta propriedade, no século XVIII, tinha um poço, uma adega, seis lojas, três salas com quartos e uma cozinha (cf. ADB, Cabido da Sé de Braga, *Livro de Prazos do Cabido*, n.º 97, fls. 22 a 28).

O alçado do prazo 17 é mais pequeno do que o correspondente ao hospital de Santiago, pelo que deduzimos que a sua área útil fosse ligeiramente superior (cf. *Mapa das Ruas de Braga*, Edição Fac-Simile (1750), vol. 1, Braga, Arquivo Distrital de Braga e IBM Portugal, 1989, fl. 14).

63. Cf. Rocha, Ana Rita Saraiva da, “A assistência em Coimbra na Idade Média...”, pp. 403-409; Ribeiro, Liliana Paula Teixeira, “A arquitetura neopalladiana portuense: o Hospital de Santo António (1679-1832)”, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2012, tese de doutoramento policopiada, pp. 74-82; Lopes, Paulo, “A assistência hospitalar medieval anterior à instituição do Hospital Real de Todos os Santos”, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2015, dissertação de mestrado policopiada, pp. 74-82.

64. Sobre esta crise verificar Braga, Paulo Drumond, “A crise dos estabelecimentos de assistência aos pobres nos finais da Idade Média”, in *Revista Portuguesa de História*, n.º XXVI, 1991, pp. 175-90.

65. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 7.

66. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 13.

67. Monteiro, Nuno Gonçalo, “O ‘Ethos’ Nobiliárquico no final do Antigo Regime: poder simbólico, império e imaginário social”, in *Almanack Braziliense*, n.º 2, 2005, pp. 4-20, <https://doi.org/10.11606/issn.1808-8139.v0i2p4-20>; Sousa, Bernardo Vasconcelos e, “Linhagem e Identidade Social na Nobreza Medieval Portuguesa (séculos XIII-XIV)”, in *Hispania. Revista Española de Historia* LXVII, n.º 227, 2017, pp. 881-898.

68. Sobre as relações entre o morgadio e a importância da memorização do passado cf. Rosa, Maria de Lurdes, *O morgadio em Portugal (sécs. XIV-XV): modelos e práticas de comportamento linhagístico*, Lisboa, Editorial Estampa, 1995, pp. 50-54.

69. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 10v.

70. ANTT, Memórias Paroquiais, *Paróquia de Braga (Sé)*, 1758, n.º 57, pg. 1117.

71. Em 1513, o arcebispo D. Diogo de Sousa (p. 1505-1532) mandou construir nesse espaço a capela de Nossa Senhora da Piedade, onde funcionou primitivamente a confraria da Misericórdia e onde viria a ser sepultado. Cf. Ferreira, J. Augusto, *Fastos Episcopais da Igreja Primacial de Braga (séc. III-séc. XX)*, Fac-simile (1932), vol. III, Famalicão, Edição da Mitra Bracarense, 2018, p. 378.

72. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 11.

73. ADB, Quinta de Real, *Requerimento do Excelentíssimo Visconde do Amparo...*, fl. 10v.

74. Em Turim (Itália) as elites se interessavam por impor nos hospitais signos de representação do seu poder. Cf. Cavallo, Sandra, *Charity and Power in Early Modern Italy: Benefactors and their Motives in Turin 1547-1789*, Nova Iorque, Cambridge University Press, 1995, p. 100.

75. Sobre esta questão da dádiva na estruturação das clientelas do Antigo Regime ver Xavier, Ângela Barreto Xavier; Hespanha, António Manuel, “As redes clientelares”, in Mattoso, José (dir.), *História de Portugal: O Antigo Regime (1620-1807)*, vol. 4, Lisboa, Editorial Estampa, 1998, pp. 339-349.

76. A historiografia tem acentuado a tônica de que os pobres, tidos como próximos de Deus pela teologia, eram agentes ativos na salvação da alma dos ricos recebendo delas compensações fundamentais à sua sobrevivência. Cf. Araújo, Maria Marta Lobo de, “As Misericórdias e a salvação da alma: as opções dos ricos e os serviços dos pobres em busca do Paraíso (séculos XVI-XVIII)”, in *Problematizar a História – estudos de História Moderna em homenagem a M.a do Rosário Themudo Barbosa*, Lisboa, Caleidoscópio, 2007, pp. 385-402.

MARIA DE FÁTIMA REIS*

Judeus e património: os bens fundacionais do hospital de Todos-os-Santos de Lisboa

* Cátedra de Estudos
Sefarditas Alberto
Benveniste, Centro de
História da Faculdade
de Letras de Lisboa,
Academia Portuguesa
da História

Se todos os tempos históricos têm na sua especificidade fatores de transformação e elementos de continuidade¹, alguns acontecimentos ocorridos na Península Ibérica na última década do século XV, pelo seu impacto e mudança, tiveram repercussões seculares, nomeadamente ao nível das práticas de caridade e assistência. Em 1492, quando Colombo chegou ao continente americano ao serviço dos Reis Católicos² e estes promulgavam o édito de expulsão dos judeus de Castela e Aragão, encontrando muitos refúgio em Portugal³, aqui D. João II dava início à construção do hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa⁴. Ainda nesse decénio, em 1494, assinava-se o Tratado de Tordesilhas⁵, em 1496 decretou D. Manuel I a expulsão dos judeus e dos mouros do reino de Portugal, impondo no ano seguinte a conversão forçada⁶, em 1498 Duarte Pacheco Pereira atravessava o Atlântico⁷, Vasco da Gama chegava à Índia⁸ e fundava-se em Lisboa a primeira instituição da Misericórdia⁹. A evocação destes factos, de índole diversa, faz-se no fundamento teórico-metodológico da conexão analítica¹⁰, no caso – os bens fundacionais do hospital de Todos-os-Santos de Lisboa e o património dos judeus expulsos do reino em 1496. Perspetiva que, pela decorrente diáspora¹¹, implica uma observação interconectada e transnacional¹².

Havendo que reconhecer que o Hospital Grande de Lisboa, construído em terrenos obtidos aos frades de S. Domingos, tem sido objeto de variados estudos, mormente nos últimos anos¹³, não deixa de ser oportuno retomar a evidência desta “estrutura decisiva”¹⁴ para a reforma assistencial então em curso, continuada por D. Manuel I, base da “padronização hospitalar”¹⁵, agora no quadro da história e memória sefardita¹⁶. É, pois, verdade que o percurso historiográfico tem revelado aspetos díspares desta fundação régia, desde a novidade arquitetónica¹⁷, ao reordenamento viário com a abertura da Rua Nova d’El-Rei¹⁸, à assistência prestada¹⁹, à “ilha” de implantação urbana²⁰, aos fundos documentais²¹. Memória da instituição, a documentação preservada e as escavações arqueológicas realizadas têm permitido compreender o número de hospitais integrados em Todos-os-Santos²², o património predial²³, o funcionamento e a organização do Hospital²⁴, os objetos de uso quotidiano²⁵, o troço de conduta subterrânea²⁶, entenda-se, do cano real de S. Domingos que passava por baixo do Hospital de Todos-os-Santos e que, aqui, curvava para sul “em direção à Travessa da Palha, onde se ia juntar ao cano real principal que, atravessando a Baixa, ia lançar os despejos no Tejo”²⁷. Tantas vertentes quantas revelações do primado, da referência e da complexificação assistencial deste edificado, que marcou uma nova era na história hospitalar em Portugal, num processo de reforma consonante ao verificado na Europa, desde fins da época medieval²⁸. Paralelamente e no contexto das negociações do casamento de D. Manuel I com D. Isabel, filha dos Reis Católicos, o contrato matrimonial estava

condicionado ao cumprimento de uma cláusula prévia – a expulsão dos judeus e mouros de Portugal²⁹. Exigência que, não só vinha no contexto europeu de expulsão dos judeus, exceptuando territórios da Península Itálica e do Sacro Império Romano Germânico³⁰, e na sequência de tensões verificadas nalgumas cidades³¹ e até de hostilidades³² que contrariavam a linha de relativa tranquilidade secular de coexistência multiconfessional no espaço urbano³³, como também no impacto recente da chegada dos judeus expulsos de Castela em 1492³⁴. Se a historiografia tem provado que D. Manuel I não pretendia com o édito de Dezembro de 1496 a saída de todos os judeus de Portugal até 31 de Outubro de 1497, pelos entraves colocados, mormente com a limitação de barcos, a restrição de portos de embarque, a impossibilidade de inquirir sobre delitos de fé no decurso de vinte anos e a conversão forçada ao cristianismo³⁵, tem também sido evidenciado que foram confiscados para a coroa bens deixados por judeus e mouros que, por não se converterem, abandonaram o país³⁶.

No caso de Lisboa, muitos desses bens, situados principalmente nas zonas da Mouraria e da Judiaria Grande, foram acrescentados aos dos hospitais incorporados em Todos-os-Santos³⁷, para cuja transferência obtivera D. João II autorização por bula do Papa Sisto IV (1479), renovada pelo Papa Inocêncio VIII (1485)³⁸, assim constituindo o património primitivo do Hospital Grande de Lisboa³⁹. De acordo com a directiva régia, confirmada seguidamente, os bens confiscados foram vendidos ou concedidos a particulares ou a instituições, num “processo que perturbou e transformou a geografia patrimonial urbana”⁴⁰. Análogo a outros tantos casos, o exemplo de Lisboa revela uma implantação judaica antiga, inicialmente periférica, progressivamente central e (teoricamente) de crescente definição espacial⁴¹, cujos bens comunitários, após a expulsão, tiveram outros destinos. Expropriados os bens da próspera comuna judaica lisboeta, composta então por três espaços de judiaria – a Velha ou Grande (situada entre a rua dos Mercadores e a igreja de São Nicolau e entre as igrejas de Santa Maria Madalena e S. Julião), a Nova ou Pequena ou das “Taracenas” (no sítio hoje ocupado pelo edifício do Banco de Portugal e a igreja de S. Julião, actual Museu do Dinheiro, reduzindo-se à designada rua da Judiaria, na zona ocidental portuária) e a de Alfama (entre o muro da torre de São Pedro, no actual largo de São Rafael, e a muralha da cerca fernandina)⁴² – a sinagoga da rua de S. Julião foi arrendada a Duarte Borges, alfaiate cristão-novo, e a de Alfama a Gonçalo Fernandes, revertendo os foros, respetivamente, para o Hospital Real de Todos-os-Santos e para S. Domingos⁴³; a sinagoga Grande deu lugar à igreja da Conceição Velha⁴⁴. Perdida a sua funcionalidade, o cemitério judaico, localizado em terrenos a Santa Justa, foi doado ao concelho de Lisboa, usado para pasto e depois olival, e as lápides sepulcrais aproveitadas para a construção do Hospital Real⁴⁵, que recebeu também muitos dos bens pertencentes

a judeus que seguiram o rumo da diáspora. Situados estes bens principalmente no centro económico da cidade, a sua doação a uma instituição de assistência e caridade, acção já interpretada como “desculpabilização” pela “perseguição aos judeus”⁴⁶, engrandeceu o património e as receitas do Hospital. Por alvará de 20 de Dezembro de 1497, devia Estêvão Martins⁴⁷, cónego e mestre-escola da Sé de Lisboa, provedor das instituições pias da cidade e depois provedor do Hospital Real⁴⁸, logo tomar posse de todos esses bens imóveis, vendendo os móveis em pregão “a quem mais der” e aplicar o seu produto nas obras do edificado, o mesmo acontecendo com os foros a receber dos bens de raiz⁴⁹.

Do que se sabe, os bens de raiz e móveis confiscados a mouros e judeus e que reverteram em benefício do Hospital de Todos-os-Santos, entre fins do século XV e princípios do século XVI, pertenceram maioritariamente a proprietários residentes em Lisboa; mas, a doação incluiu também fazendas e rendas do termo da cidade. Conhecem-se bens de judeus que residiam e eram proprietários de terrenos (chãos, courelas, cerrados, vinhas, bacelos, olivais) em Carnide e em Carcavelos, da venda de bens móveis de judeus moradores em Carnide, constituídos por objectos de uso quotidiano – caixas de castanho e cedro, cadeiras, espelhos, almadragues, lençóis, mantas – e ainda de foros de terras em trigo, cevada e vinho, em Camarate⁵⁰. Verdade é que muitos dos bens do Hospital estavam localizados precisamente nas antigas judiarias, especialmente na zona ribeirinha, transformada em centro económico e administrativo do reino e do império português⁵¹. Espaço valorizado e renovado, de ligação ao Tejo, expressão da dinâmica marítima e mercantil da urbe, em S. Julião, S. Nicolau e Nossa Senhora da Madalena possuía o Hospital dezenas de imóveis e dessas freguesias e da de Nossa Senhora da Conceição recebia a instituição 35% dos foros da cidade⁵².

Está-se, pois, perante uma significativa dimensão e dispersão de bens apropriados aos judeus saídos de Portugal no quadro da política régia, contraditória de interesses, que, se resultou nos “cristãos-novos” ou “conversos” e nos “criptojudeus”⁵³, levou a que os bens confiscados fossem direccionados para uma das mais importantes obras de assistência em construção – o Hospital de Todos-os-Santos destinado a pobres e enfermos. Interpretada a conversão forçada, que originou a assinalada “bipolarização religiosa” cristão-novo/cristão-velho⁵⁴, como afirmação da centralização e exigência de reestruturação das receitas reais, parcialmente dependente da tributação judaica⁵⁵, o tempo era de lançamento em Portugal dos alicerces “de um sistema de assistência, de características peculiares no panorama europeu, baseado na acção das Misericórdias”⁵⁶.

Lisboa, “porta do Atlântico”⁵⁷, transformou-se com a extinção das judiarias, especialmente na zona da Ribeira⁵⁸, mas a ela continuou vinculada a comunidade “judaico-cristã-nova”, com

a imposição aos cristãos-novos de várias localidades, como de Santarém, Tomar, Torres Novas ou Óbidos, de uma contribuição para a construção do novo cais⁵⁹. Criado por D. João II, “quase todo acabado” em 1504, por cujo regimento⁶⁰ se estabeleciam as obrigações e tarefas dos servidores e as regras de funcionamento, o Hospital Real foi tendo outras fontes de rendimento ao longo do tempo, designadamente doações particulares e régias, mas em que se contam, desde os primórdios, bens tomados aos judeus que enveredaram pela diáspora, mesmo que para o império⁶¹.

Notas

1. Para uma perspectiva de abordagem deste entendimento, vide Alexei N. Tarasov, “Theoretical-methodological Bases of the “Sociocultural Transformation” Concept Explication”, *International Journal of Environmental & Science Education*, vol. 11, n.º 18, Ankara, 2016, pp. 11995-12003, disponível em <http://www.ijese.net/arsiv/148.html>. Para uma discussão recente da operatividade analítica da teoria de Pierre Bourdieu sobre a mudança social, vide Bridget Fowler, “Pierre Bourdieu on social transformation, with particular reference to political and symbolic revolutions”, *Theory and Society. Renewal and Critique in Social Theory*, vol. 49, issue 3, Switzerland, April 2020, pp. 439-463, disponível em <https://link.springer.com/journal/11186/49/3>.
2. Neste enquadramento, para uma sugestiva leitura do poder da linguagem – português e castelhano – como “língua do império”, vide João Marinho dos Santos, “A escrita e as suas funções na missão jesuítica do Brasil quinhentista”, *História*, vol. 34, n.º 1, Franca, São Paulo, jan./jun. 2015, pp. 109-127, disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-436920150001000035>. Para uma discussão historiográfica da figura referida, vide Luís Filipe F. R. Thomaz, “Cristóvão Colón: português, natural de Cuba, agente secreto de D. João II?”, *Anais de História de Além-Mar*, n.º XVI, Lisboa, 2015, pp. 483-542, disponível em <http://cdn.impresa.pt/fce/Oea/10836150/LuisFernandesThomaz.pdf>.
3. Vide sobre este assunto, por todos, François Soyer, *A Perseguição aos Judeus e Muçulmanos de Portugal. D. Manuel I e o Fim da Tolerância Religiosa (1496-1497)*, Lisboa, Edições 70, 2013.
4. Para o enquadramento das medidas assistenciais do monarca, vide Maria Helena da Cruz Coelho, “D. João II, o Senhor do Pelicano da Lei e da Grei”, *O Tempo Histórico de D. João II nos 550 Anos do seu Nascimento. Actas. 2, 3 e 4 de Maio de 2005*. Coordenação de Manuela Mendonça, Lisboa, Academia Portuguesa da História, 2005, pp. 159-180.
5. Vide Luís Adão da Fonseca, *O Tratado de Tordesilhas e a diplomacia Luso-Castelhana no século XV*, Lisboa, Inapa, imp. 1991 e Vicente Ángel Álvarez Palenzuela, “Relations between Portugal and Castile in the Late Middle Ages. 13th-16th centuries”, *e-journal of Portuguese History*, vol. I, n.º 1, Providence, Rhode Island, Porto, Summer 2003, pp. 1-18, disponível em https://digitalis.uc.pt/pt-pt/revista/e_journal_portuguese_history e também em https://www.brown.edu/Departments/Portuguese_Brazilian_Studies/ejph/html/Summer03.html.
6. Vide, por todos, Maria José Ferro Tavares, “Linhas de Força da História dos judeus em Portugal das origens à actualidade”, *Espacio, Tiempo y Forma*, série III, História Medieval, n.º 6, Madrid, 1993, pp. 447-474, disponível em <http://revistas.uned.es/index.php/ETFIII/issue/view/302>. Para a “estratégia mista de coerções e privilégios nas relações com os judeus”, delineada em 1497, e consequências “sobre o futuro relacionamento entre conversão e império português”, vide Giuseppe Marcocci, *A Consciência de um Império. Portugal e o seu Mundo (Sécs. XV-XV)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2012, p. 70 e segs., disponível em <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0570-8>.
7. Sobre o avistamento pré-cabralino do Brasil, vide Francisco Contento Domingues, *A Travessia do Mar Oceano. A Viagem de Duarte Pacheco Pereira ao Brasil em 1498*, Lisboa, Tribuna da História, 2012.
8. Vide idem, “Vasco da Gama’s Voyage: Myths and Realities in Maritime History”, *Portuguese Studies*, vol. 19, Cambridge, 2003, pp. 1-8, disponível em <https://www.jstor.org/stable/41105193>.
9. Para um pronto entendimento da fundação e linhas evolutivas, vide Isabel dos Guimarães Sá e Maria Antónia Lopes, *História Breve das Misericórdias Portuguesas*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
10. Para os pressupostos historiográficos da “História Cruzada”, vide as possibilidades desses procedimentos analíticos relacionais em José D’Assunção Barros, “Histórias Cruzadas – considerações sobre uma nova modalidade baseada nos procedimentos relacionais”, *Anos 90. Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, vol. 21, n.º 40, Porto Alegre, Dez. 2014, pp. 277-310, disponível em <https://doi.org/10.22456/1983-201X.42174>. Para a óptica aqui em destaque, vide Francesco Bregoli, “Introduction. Connecting Histories: Jews and Their Others in Early Modern Europe”, *Connecting Histories. Jews and Their Others in Early Modern Europe*. Francesca Bregoli e David B. Ruderman, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2019, pp. 1-22.

Notas

11. Tem-se um bom entendimento das repercussões da unidade religiosa decretada por D. Manuel I, envolvendo tanto a continuidade da tradição da fé dos conversos, ex-judeus e ex-mouros baptizados, como a liberdade alcançada por muitos pela fuga para outras paragens, da Europa ao Norte de África, Oriente e América, em Maria José Ferro Tavares, “Entre religiões e negócios, a sobrevivência”, *Lusitania Sacra*, 2.^a série, tomo XXVII, Lisboa, Janeiro–Junho 2013, pp. 15–34, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/12760>.

12. Para uma boa discussão desta modalidade historiográfica, vide José D’Assunção Barros, “Histórias interconectadas, histórias cruzadas, abordagens transnacionais e outras histórias”, *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n.º 103, México, Enero–Abril, 2019, pp. 1–30, DOI: <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i103>.

13. O mais recente estudo de grande fôlego reúne a principal bibliografia sobre a instituição, vide Rute Isabel Guerreiro Ramos, *O Hospital de Todos os Santos. História, Memória e Património Arqueológico (Sécs. XVI–XVIII)*. Tese de Doutoramento em “História: Mudança e Continuidade num Mundo Global”, apresentada à Universidade de Évora, Évora, 2019, exemplar policopiado, disponível em <http://hdl.handle.net/10174/25690>.

14. Vide António Pacheco, “Hospital Real de Todos-os-Santos. O hospital grande de Lisboa”, *Pedra & Cal*, ano XII, n.º 46, Lisboa, Abril–Maio–Junho 2010, pp. 14–15, disponível em http://www.gecorpa.pt/Upload/Revistas/Rev46_Artigo%2005.pdf.

15. Vide Laurinda Abreu, “Misericórdias e padronização hospitalar: abordagem à história da assistência pública em Portugal”, *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora. Actas*, Évora, Hospital do Espírito Santo, 1996, pp. 137–148.

16. A abertura a este enfoque é plena no estudo de Amélia Aguiar Andrade, “O Desaparecimento espacial das judiarias nos núcleos urbanos portugueses de finais da Idade Média: o caso de Lisboa”, *Estudos de Homenagem ao Professor Doutor José Marques*, vol. I, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2006, pp. 143–163, disponível em <http://hdl.handle.net/10216/9380>. Este enquadramento exige uma compreensão da problemática no quadro do designado “Atlântico sefardita”, que abrangia “two Atlantic worlds that

were disconnected and linked at the same time. The first comprised the Iberian, Catholic orbit, a sphere forbidden to Jews as Jews, but rich with New Christian or *converso* involvement. It spanned from the Iberian Peninsula to Spanish and Portuguese colonies in Africa, Atlantic islands in Spanish and/or Portuguese possession, South Africa, Central America, the Spanish Caribbean and Spanish territories in what would later become the United States. The second Jewish Atlantic world entailed a transnational network of openly Jewish communities that former *conversos* and Sephardim (hebraicized plural for Sephardic [Jew] in the singular) forged across Protestant metropolises and colonies, calling themselves mostly Spanish and Portuguese Jews, Portuguese Jews, Portuguese or simply *A Nação* (The Nation). Built around Amsterdam’s Sephardic communities, which were merged into the famous *Kehillah Kadoshah Talmud Torah* (Holy Congregation of Torah Study) in 1639, this network first expanded to Dutch Brazil (1630–1654) and the first open Jewish community founded in the Americas”. Vide Sina Rauschenbach e Jonathan Schorsch, “Postcolonial Approaches to the Early Modern Sephardic Atlantic”, *The Sephardic Atlantic. Colonial Histories and Postcolonial Perspectives*. Eds. Sina Rauschenbach e Jonathan Schorsch, Switzerland, Palgrave Macmillan, 2018, pp. 1–2, disponível em <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-99196-2>.

17. Vide Mário Carmona, *O Hospital Real de Todos-os-Santos da cidade de Lisboa*, Porto, Imprensa Portuguesa, 1954. Para a singularidade arquitectónica, vide Rodrigo Banha da Silva e Ana Cristina Leite, “O Hospital Real de Todos-os-Santos”, *El Urbanismo = El Urbanismo, Ciudad Autónoma de Ceuta, Lisboa, Consejería de Educación y Cultura, Cámara Municipal de Lisboa – Dirección Municipal de Cultura/ Departamento de Património Cultural*, 2015, pp. 49–52, disponível em <http://hdl.handle.net/10362/61168>.

18. Para a centralidade deste eixo, vide Hélder Carita, “Da “Ribeira” ao Terreiro do Paço: génese e formação de um modelo urbano”, *Do Terreiro do Paço à Praça do Comércio. História de um Espaço Urbano*. Coordenação de Miguel Figueira de Faria, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Universidade Autónoma de Lisboa, 2012, pp. 13–36, em especial, pp. 24–27.

19. Vide Anastásia Mestrinho Salgado, *O Hospital de Todos-os-Santos. Assistência*

à pobreza em Portugal no século XVI. *A irradiação da assistência médica para o Brasil, Índia e Japão*, Lisboa, By the Book, Edições Especiais, 2015. Priscila Aquino Silva, “O Hospital Real de Todos-os-Santos e seus agentes da cura”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 22 n.º 4, Rio de Janeiro, Outubro-Dezembro 2015, pp. 1335-1352, disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400008>. Idem, *O Príncipe Perfeito e a Saúde do Reino (Portugal, Século XV)*. Tese de Doutoramento em História, área de concentração: História Antiga e Medieval, apresentada à Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012, disponível em <https://www.historia.ufr.br/stricto/tesesonline.php>.

20. Vide Hélia Cristina Tirano Tomás Silva e Tiago Borges Lourenço, “A Ilha. História e urbanismo do grande quarteirão onde se implantou o Hospital Real de Todos-os-Santos, ao Rossio (1750-1779)”, *Cadernos do Arquivo Municipal*, série II, n.º 11 – *O Hospital Real de Todos-os-Santos: a Saúde e a Cidade na Época Moderna*, Lisboa, Janeiro-Junho de 2019, pp. 103-126, disponível em <http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/pt/gca/index.php?id=1078>.

21. Vide Rute Isabel Guerreiro Ramos, *op. cit.* e ainda idem, “Da qualidade dos registos depende a boa administração: os documentos do Hospital de Todos os Santos”, *Cadernos do Arquivo Municipal*, série II, n.º 11 – *O Hospital Real de Todos-os-Santos: a Saúde e a Cidade na Época Moderna*, Lisboa, Janeiro-Junho de 2019, pp. 48-62, disponível em <http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/pt/gca/index.php?id=1078>.

22. Vide o elenco e a cartografia dos estabelecimentos assistenciais de Lisboa anteriores à fundação do Hospital de Todos-os-Santos em António Fernando Bento Pacheco, *De Todos-os-Santos a São José. Textos e contextos do espiritual grande de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em História Moderna e dos Descobrimentos, apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2008, disponível em <http://hdl.handle.net/10362/23168>, Anexo 1.

23. Vide Carlos Boavida, “Placas foreiras do Hospital Real de Todos-os-Santos no acervo fotográfico da coleção Mac-Bride”, *Cadernos do Arquivo Municipal*, série II, n.º 11 – *O Hospital Real de Todos-os-Santos: a Saúde e a Cidade na Época Moderna*, Lisboa, Janeiro-Junho de 2019, pp. 83-102, disponível em <http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/pt/gca/index.php?id=1078>.

24. Vide, entre outros, Laurinda Abreu, “O que nos ensinam os regimentos hospitalares? Um estudo comparativo entre os Hospitais das Misericórdias de Lisboa e do Porto (séculos XVI e XVII), a partir do Regimento do Hospital de Santa Maria Nuova de Florença”, *A Solidariedade nos Séculos: A Confraternidade e as Obras. Actas do I Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto (Casa Diocesana de Vilar, 2 e 3 de Julho de 2009)*, Santa Casa da Misericórdia do Porto, coord., Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto e Alêtheia Editores, 2009, pp. 267-285, disponível em <http://hdl.handle.net/10174/1973>. Idem, “Training Health Professionals at the Hospital de Todos os Santos (Lisbon) 1500-1800”, *Hospital Life. Theory and Practice from the Medieval to the Modern*, Laurinda Abreu e Sally Sheard, eds., Oxford, Peter Lang., 2013, pp. 119-137, disponível em <http://hdl.handle.net/10174/9208>.

25. Vide Carlos Boavida, “Objectos do Quotidiano num Poço do Hospital Real de Todos-os-Santos”, *I Encontro de Arqueologia de Lisboa: Uma cidade em escavação. Teatro Aberto. 26, 27 e 28 Nov. de 2015*, Ana Caessa, Cristina Nozes, Isabel Cameira, Rodrigo Banha da Silva, eds., Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Centro de Arqueologia de Lisboa, 2017, pp. 354-371, disponível em <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/objectos-do-quotidiano-num-po%C3%A7o-do-hospital-real-de-todos-os-sant>.

26. Vide Jacinta Bugalhão e André Teixeira, “Os canos da Baixa de Lisboa no século XVI: leitura arqueológica”, *Cadernos do Arquivo Municipal*, série II, n.º 4, Lisboa, Julho-Dezembro 2015, pp. 89-122, disponível em <http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/pt/gca/index.php?id=700>.

27. Vide Irisalva Moita, “O Hospital Real de Todos-os-Santos”, *Lisboa Subterrânea. Catálogo da exposição apresentada no Museu Nacional de Arqueologia pela Sociedade Lisboa 94. 26 de Fevereiro a 31 de Dezembro de 1994*, Lisboa, Electa, 1994, pp. 118-125, em especial, 121.

28. Para uma perspectiva historiográfica, vide, por todos, G. Geltne, “Public Health and the Pre-Modern City: A Research Agenda”, *History Compass*, vol. 10, n.º 3, New Jersey, 2012, pp. 231-245, DOI: 10.1111/j.1478-0542.2011.00826.x, em <https://premodernhealthscaping.hcommons.org/publications/>. Na página *web* deste grupo de investigação pode-se localizar uma boa listagem bibliográfica actualizada sobre a temática em foco,

Notas

assim como na página *web* da International Network for the History of Hospitals: <https://inhn.org/>. Para a realidade ibérica, vide Maria Marta Lobo de Araújo, “A Reforma da Assistência nos Reinos Peninsulares”, *Cadernos do Noroeste*, série História 2, vol. 19, n.º 1/2, Braga, 2002, pp. 177–198, disponível em <http://hdl.handle.net/1822/8836>.

29. Para as negociações e a imposição de aplicação desta “lei intolerante” que “alterou profundamente a história social e cultural do país”, vide João Paulo Oliveira e Costa, *D. Manuel I. 1469–1521. Um Príncipe do Renascimento*, Casais de Mem Martins, Rio de Mouro, Círculo de Leitores, 2005, pp. 80–86.

30. Vide um pronto conspecto desta realidade em Isabel M. R. Mendes Drumond Braga, *Bens de Heredes. Inquisição e Cultura Material. Portugal e Brasil (Séculos XVII–XVIII)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2012, pp. 27–28, disponível em <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0576-0>.

31. “[...] o clima contra os castelhanos, fossem judeus ou conversos, degradou-se no final da década de 80 do século XV”, como observou Maria José Ferro Tavares, “Judeus de Castela em Portugal no final da Idade Média: onomástica e fontes documentais”, *Sefarad. Revista de Estudios Hebraicos y Sefaradies*, vol. 74, n.º 2, Madrid, Julio-Diciembre 2014, pp. 303–342, em especial, p. 314, disponível em <https://doi.org/10.3989/sefarad.014.004>.

32. Vide, entre outros, Maria José Ferro Tavares, “Revoltas contra os judeus no Portugal medieval”, *Revista de História das Ideias*, n.º 6, Lisboa, 1984, pp. 165–167. Humberto Baquero Moreno, “Movimentos sociais antijudaicos em Portugal no século XV”, *Marginalidade e conflitos sociais em Portugal nos séculos XIV e XV. Estudos de História*, Lisboa, Ed. Presença, 1985, pp. 79–88. Idem, “As Pregações de Mestre Paulo contra os Judeus Bracarenses nos fins do Século XV”, *Exilados, Marginais e Contestatários na Sociedade Portuguesa Medieval. Estudos de História*, Lisboa, Presença, 1990, pp. 139–148. Idem, “Novos Elementos relativos a Mestre Paulo, Pregador do Século XV, contra os Judeus Bracarenses”, *ibidem*, pp. 149–155. Idem, “Reflexos na Cidade do Porto da Entrada dos Conversos em Portugal no Século XV”, *Marginalidade e Conflitos Sociais em Portugal nos séculos XIV e XV. Estudos de História*, Lisboa, Presença, 1985, pp. 143–145. José Marques, “A contenda do cabido com os

judeus de Braga, na segunda metade do século XV”, *Altitude*, 2.ª série, ano II, n.º 4, Guarda, 1981, pp. 29–32.

33. Sobre o carácter heterogéneo do espaço urbano medieval português, vide, entre outros, Anísio Miguel de Sousa Saraiva, “Metamorfoses da cidade medieval. A coexistência entre a comunidade judaica e a catedral de Viseu”, *Medievalista on-line*, n.º 11, Lisboa, Janeiro-Junho 2012, pp. 1–35, disponível em <https://medievalista.fcsh.unl.pt/MEDIEVALISTA11/anisio1106.html>. Maria do Carmo Ribeiro, “Expressões físicas da inclusão e exclusão dos judeus no urbanismo medieval, a partir do caso de Braga”, *Inclusão e exclusão na Europa urbana medieval = Inclusion and Exclusion in Medieval Urban Europe*. Amélia Aguiar Andrade, Catarina Tente, Gonçalo Melo da Silva, Sara Prata, eds., Lisboa, IEM – Instituto de Estudos Medievais e Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa, Câmara Municipal de Castelo de Vide, 2019, pp. 307–332, disponível em <http://hdl.handle.net/1822/61858>.

34. Sobre este impacto em Portugal, vide, e.g., Maria José Pimenta Ferro Tavares, “Expulsão ou Integração?”, *Judaísmo e Inquisição. Estudos*, Lisboa, Presença, 1987, pp. 20–21. Para as dificuldades de instalação em terras portuguesas, vide Humberto Carlos Baquero Moreno, “As Relações entre Portugal e Castela em torno de 1492”, *Las relaciones entre Portugal y Castilla en la Época de los Descubrimientos y la Expansión Colonial*. Ana María Carabias Torres, ed., Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, 1994, pp. 53–61, disponível em <http://hdl.handle.net/10366/74481>. Acompanhe-se também esta realidade, no quadro da mobilidade das populações peninsulares, em Isabel M. R. Mendes Drumond Braga, *Um Espaço, Duas Monarquias (Interrelações na Península Ibérica no Tempo de Carlos V)*, Lisboa, Centro de Estudos Históricos da Universidade Nova de Lisboa, Hugin, 2001, pp. 379–420, em especial, pp. 381–384. Para o movimento fronteiriço e a “criação de redes de apoio a uma emigração encapotada de modo a não alertar os tribunais inquisitoriais espanhóis” e de deslocação para Lisboa, “local de chegada mas também de partida”, particularmente no contexto do “baptismo forçado dos judeus portugueses e castelhanos”, vide Maria José P. Ferro Tavares, “Mobilidade e Alteridade: quadros do quotidiano dos cristãos-novos sefarditas”, *In the Iberian*

Peninsula and Beyond. A History of Jews and Muslims (15th–17th Centuries). Eds. José Alberto R. Silva Tavim, Maria Filomena Lopes de Barros e Lúcia Liba Mucznik, vol. 1, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2015, pp. 24–63.

35. Para a política de ambiguidade, vide Giuseppe Marcocci, “A fundação da Inquisição em Portugal: um novo olhar”, *Lusitania Sacra*, 2.^a série, tomo XXIII, Lisboa, Janeiro–Junho 2011, pp. 17–40, em especial, pp. 21–22, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/7228>. Acontecimentos que abrangem, na proposta de periodização de Elvira Mea, o designado “tempo do engano”, “em que a Coroa assume uma política dúbia relativamente à conversão–expulsão”. Vide Elvira Cunha de Azevedo Mea, “Inquisição e Minoria Judaica. Séculos XVI–XVII”, *Minorias étnico-religiosas na Península Ibérica. Período Medieval e Moderno*. Maria Filomena Lopes de Barros e José Hinojosa Montalvo, dir., Évora, Publicações do CIDEHUS, 2008, pp. 381–395, em especial, pp. 382–383, disponível em <http://books.openedition.org/cidehus/253>. Muito válido o entendimento de François Soyer que “estime qu’il existe peu de preuves que la société portugaise fût déstabilisée au point que les événements de 1497 devinrent inévitables. La politique de persécution de Manuel I doit être imputée aux développements politiques et diplomatiques du début de son règne plutôt qu’à l’afflux des réfugiés juifs de Castille en 1492.” Vide François Soyer, “Le Royaume de Portugal et l’Expulsion des Juifs d’Espagne en 1492”, *Minorias étnico-religiosas na Península Ibérica. Períodos medieval e moderno*. Maria Filomena Lopes de Barros e José Hinojosa Montalvo, eds., Lisboa, Évora, Edições Colibri, CIDEHUS, 2008, pp. 325–347, disponível em <https://books.openedition.org/cidehus/220>.

36. Vide Maria José Pimenta Ferro Tavares, *Os Judeus em Portugal no Século XV*, vol. 1, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1982, pp. 484–500.

37. Para a localização e tipologia dessas propriedades vide o estudo de Margarida Leme, “O património dos hospitais medievais na Lisboa manuelina”, *Lisboa Medieval. Gentes, Espaços e Poderes*. João Luís Inglês Fontes, Luís Filipe Oliveira, Catarina Tente, Mário Fareló e Miguel Gomes Martins, coords., Lisboa, IEM – Instituto de Estudos Medievais da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

da Universidade Nova de Lisboa, 2016, pp. 393–437, disponível em <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/lisboa-medieval-gentes-espacos-e-poderes>, onde se pode encontrar uma boa revisão historiográfica do elenco de hospitais integrados no Hospital Grande de Todos-os-Santos.

38. Vide a transcrição dos diplomas pontifícios em Augusto da Silva Carvalho, Augusto da Silva Carvalho, *Crónica do Hospital de Todos-os-Santos*, Lisboa, [s.n.], 1949, pp. 250–254.

39. Vide Nuno Daupías, *Cartas de privilégio, padrões, doações e mercês régias ao Hospital Real de Todos-os-Santos. 1492–1775. Subsídios para a sua história*, Lisboa, [s.n.], 1959.

40. Vide Amélia Aguiar Andrade, *op. cit.*, p. 151.

41. Vide Luísa Trindade, *Urbanismo na Composição de Portugal*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013, pp. 513–548, disponível em <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0772-6>.

42. Para a descrição das respectivas confrontações, vide Carlos Guardado da Silva, “A Segregação Espacial de uma Minoria na Lisboa Medieval: as Judiarias (Séc. XII a 1385)”, *Judiarias, Judeus e Judaísmo. XV Encontro Torres Vetas*. Coord. de [...], Lisboa, Torres Vedras, Edições Colibri, Câmara Municipal de Torres Vedras, 2013, pp. 127–136. Para a caracterização, posicionamento, circunscrição e proposta de reconstituição espacial das judiarias Velha e Nova, aquela no quadro do “urbanismo mediterrânico/islâmico”, vide Manuel Fialho Silva, *Mutação Urbana na Lisboa Medieval. Das Tajfas a D. Dinis*. Tese de Doutoramento em História, na especialidade de História Medieval, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017, exemplar policopiado, pp. 276–290, disponível em <http://hdl.handle.net/10451/29987>, onde se pode encontrar a citação de estudos relevantes sobre a matéria.

43. Vide Maria José Ferro Tavares, *Os Judeus em Portugal no Século XV*, pp. 385–386.

44. Vide Augusto Vieira da Silva, *As muralhas da Ribeira de Lisboa*, 3.^a ed., vol. I, Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, 1987, p. 215 e idem, “A Judiaria Velha de Lisboa. Estudo topográfico sobre a antiga Lisboa”, *O Archeólogo Português*, vol. V, nºs. 11 e 12, [s.l.], 1899–1900, pp. 305–327, em particular, p. 311.

45. Vide Amélia Aguiar Andrade, *op. cit.*, p. 159.

Notas

46. Vide Isabel dos Guimarães Sá, “A Reorganização da Caridade em Portugal em Contexto Europeu (1490–1600)”, *Cadernos do Noroeste*, série Sociologia: Sociedade e Cultura, vol. 11 (2), Braga, 1998, pp. 31–63, em especial, pp. 46–47, disponível em <http://hdl.handle.net/1822/3383>.

47. Sobre o papel deste eclesiástico nas referidas provedorias, vide Maria de Lurdes Rosa, “Contributos para o estudo da reforma dos “corpos pios” no reinado de D. Manuel: a história institucional do *Juízo das Capelas de Lisboa*”, III *Congresso Histórico de Guimarães. D. Manuel e a sua Época*, vol. II – *Igreja e assistência*, Guimarães, Câmara Municipal de Guimarães, 2004, pp. 519–544, em especial, pp. 524–530.

48. Para a mercê do ofício de provedor do Hospital de Todos-os-Santos da cidade de Lisboa a Estevão Martins, em 1503, vide Arquivo Nacional da Torre do Tombo [A.N.T.T.], *Chancelaria de D. Manuel I*, livro 35, fls. 33v–35.

49. Vide Anastásia Mestrinho Salgado, “O Hospital de Todos-os-Santos e os Bens Confiscados aos Mouros, Judeus e Cristãos-Novos”, *Cultura. História e Filosofia*, vol. V – *Homenagem ao Prof. J. S. da Silva Dias*, Lisboa, 1986, pp. 653–669, em particular, pp. 658–659.

50. A.N.T.T., Tombo dos bens móveis e de raiz em Lisboa e comarca da Estremadura tomados pela Coroa aos cristãos-novos e doados pelo rei ao Hospital de Todos-os-Santos. 1507, Feitos da Coroa, Núcleo Antigo 305, PT/TT/FC/5/305, disponível em <https://digitarq.arquivos.pt/details?id=4610398>.

51. Vide Maria de Fátima Reis, “A Ribeira de Lisboa, porto do Império Marítimo Português: circulação de pessoas e de mercadorias”, *e-Spania. Revue interdisciplinaire d'études hispaniques médiévales et modernes* [en ligne], n.º 22 – *Les ports de la monarchie espagnole: variété des modèles péninsulaires (XVe–XVIIe siècle)*. Sous la direction de Béatrice Perez, 22 de Octobre de 2015, mis en ligne le 31 Octobre 2015, URL: <http://e-spania.revues.org/25062>. DOI: <http://10.4000/e-spania.25062>.

52. Vide Rute Isabel Guerreiro Ramos, *O Hospital de Todos os Santos. História, Memória e Património Arqueológico [...]*, pp. 102–103.

53. Para uma reflexão do impacto, no reino e nos territórios imperiais, designadamente no Estado da Índia, deste processo de “efectiva cristianização dos

judeus” através da “dissolução daquela identidade”, na óptica da exclusão/inclusão social, entenda-se de judeus/conversos, vide Ângela Barreto Xavier, “De converso a novamente convertido”, *Cultura. Revista de História e Teoria das Ideias*, vol. 22, Lisboa, 2006, pp. 245–274, disponível em <https://doi.org/10.4000/cultura.2254>.

54. Vide Maria José Pimenta Ferro Tavares, *Os Judeus em Portugal no Século XV*, p. 177.

55. Para uma leitura relacional das reformas manuelinas, da expulsão dos judeus e da criação da Misericórdia, vide Susannah Humble Ferreira, *The Crown, the Court and the Casa da Índia. Political Centralization in Portugal. 1479–1521*, Leiden, Boston, Brill, 2015.

56. Vide Isabel dos Guimarães Sá, “A Reorganização da Caridade em Portugal em Contexto Europeu (1490–1600)”, *op. cit.*, p. 33.

57. Vide Fernando António Baptista Pereira, “Lisboa porta do Atlântico. A construção da imagem da capital do Império Português nos séculos XV e XVI”, *Lisboa Subterrânea. Catálogo da exposição apresentada no Museu Nacional de Arqueologia pela Sociedade Lisboa 94. 26 de Fevereiro a 31 de Dezembro de 1994*, Lisboa, Electa, 1994, pp. 92–99.

58. Para uma interpretação da fixação quinhentista da “cidade representada” e da “cidade descrita”, cujas reformas passaram mais por dotar “a cidade das infraestruturas portuárias que o desenvolvimento do processo expansionista ultramarino” exigia, do que por “ensejos de monumentalidade”, “ideológica ou até metodologicamente inovador e ruptura em relação à Idade Média”, vide Walter Rossa, *Fomos Condenados à Cidade. Uma Década de Estudos Sobre Património Urbanístico*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015, pp. 287–312, em especial, p. 300, disponível em <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0883-9>.

59. Vide Amélia Aguiar Andrade, *op. cit.*, p. 160.

60. Vide *Regimento do Hospital de Todos-os-Santos*, Lisboa, Sanitas, 1946, p. 18 [com edição fac-similada de 1992].

61. Vide José Alberto Rodrigues da Silva Tavim, “Diásporas para o Reino e Império. Judeus conversos e sua mobilidade: aproximações a um tema”, *Temas Setecentistas. Governos e Populações no Império Português*. Andréa Doré e Antonio Cesar de Almeida Santos, orgs., Curitiba,

JUDEUS E PATRIMÓNIO

UFPR/SCHLA, Fundação Araucária, 2009, pp. 369-388, disponível em <http://www.humanas.ufpr.br/portal/cedope/files/2011/12/Diasporas-para-o-Reino-e-Imperio-Jose-Alberto-Rodrigues-da-Silva-Tavim.pdf>. Para uma sistematização da dispersão e estudos a propósito, vide Isabel M. R. Mendes Drumond Braga, “Uma Estranha Diáspora Rumo a Portugal: Judeus e Cristãos-Novos Reduzidos à Fé Católica no século XVII”, *Sefarad. Revista de Estudios Hebraicos y Sefardíes*, ano 62, n.º 2, Madrid, 2002, pp. 259-274, disponível em <http://sefarad.revistas.csic.es/index.php/sefarad/article/view/558>.

O Hospital de la Caridad de Lima e seu Colegio Santa Maria de la Caridad: espaços de definição de pobreza (final do século XVIII)

* Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, e pela Universidade de Sevilha.

Introdução

Em 21 de outubro 1789, o Deputado de Semana¹ do *Hospital de la Caridad* de Lima para impedir a restituição de Dona Isabel Velarde² ao hospital, expôs as causas de tê-la demitido anteriormente. Ele enumera entre as justificativas, o fato de Velarde haver desferido uma “bofetada” em uma das respeitadas funcionárias da instituição e proferido “palavras torpes e de grande obscenidade” contra outras servidoras. Ela também foi acusada de ter “perturbado espiritualmente” as doentes que se encontravam na sala de enfermaria destinada ao tratamento de cancro – as quais foram consideradas como um dos grupos mais necessitados de auxílio e sossego para a espera da morte -. O deputado concluiu seu discurso dizendo que a possível restituição desta não ofereceria nenhuma vantagem, ao contrário, sua presença era inútil e provocava gastos indevidos ao hospital que sofria de limitadas rendas e espaço. Segundo ele, a instituição deveria concentrar seus esforços nas verdadeiras necessitadas, as mulheres doentes pobres.

Velarde em tempos anteriores ingressou ao hospital na condição de enferma e após sua convalescença, suplicou aos administradores da instituição que continuasse vivendo no estabelecimento se comprometendo a pagar quatro pesos por mês, a fim de custear sua alimentação, o que só ocorreu, segundo o deputado, durante dois meses. “(...) por não poder sua mãe sofrer este custo pelo que pediu que misericordiosamente se a conservasse na casa oferecendo voluntariamente a dar banho nas três ou quatro doentes que havia na sala de cancro, entre outros ofícios.”³ O caso de Velarde além de ser interessante pela descrição de sua conduta, revela as interações internas do *Hospital de la Caridad* de Lima ao final do século XVIII, onde mesmo sem ofício específico ou padecimento de qualquer doença, mulheres após seus tratamentos permaneciam na instituição de maneira “informal”.

Não raramente a historiografia que se dedica a compreender questões relacionadas à pobreza na época moderna centra suas análises em instituições de caráter assistencial, como os monastérios, hospícios, casas de recolhimento e hospitais. Estes últimos foram considerados até o século XIX como espaços de prática de caridade, assistindo mais pobres que doentes, diferente de seu entendimento contemporâneo como centros de tratamento de doenças. Contando com limitada variedade de documentação⁴ - apenas em alguns casos existem registros de entrada e saída de pacientes destes estabelecimentos - poucas são as fontes que permitem conhecer o público atendido. O reflexo dessa escassez está na quantidade de trabalhos acadêmicos que priorizaram análises sobre os sujeitos doadores, as descrições físicas e políticas das instituições e seus administradores, negligenciando as ações dos pobres e as maneiras que estes adaptaram os auxílios de acordo com suas próprias intenções e necessidades, que em

certas situações poderiam até mesmo destoar dos objetivos institucionais⁵. Nas últimas décadas, novas abordagens começaram a considerar estes espaços, principalmente na América vice-real como privilegiados objetos de estudos históricos, que revelam tanto questões sociais, quanto a atuação da administração real sobre seus súditos⁶.

É a partir destas ideias que consideram a pobreza e a caridade como categorias históricas, localizadas em seus próprios contextos⁷ e os grupos de pobres como importantes atores históricos, que este capítulo tem como objetivo conhecer quais foram as categorias de pobres atendidos no *Hospital de la Caridad* e no seu *Colegio Santa Maria de la Caridad*. A especificidade das duas instituições em relação às outras obras de assistência na Lima vice-real se deu pela relação entre os dois espaços, o contraponto entre eles e suas políticas de assistência às mulheres pobres. O presente estudo propõe compreender de que maneira as duas políticas assistenciais definiram o conceito de pobre ao discriminar quais mereciam certos auxílios, de acordo com a complexa realidade social da segunda metade do século XVIII na cidade de Lima. Também é do interesse da pesquisa conhecer como os auxílios institucionais foram usufruídos pelas mulheres pobres atendidas nas duas instituições.

A hipótese que conduz este trabalho é que, tanto o *Hospital de la Caridad*, quanto seu *Colegio Nuestra Señora de la Caridad* não foram apartados da sociedade limenha em questão, representando muitas vezes através de suas políticas assistenciais, a manutenção organização social desejada pela administração colonial de acordo com as noções de *calidad*⁸.

Hospital de la Caridad de Lima e seu Colegio Santa Maria de la Caridad: contexto fundacional

Através do discurso memorialista, ressaltando os valores católicos de caridade descritos como, “desejo ardente de socorrer aos seus semelhantes e não pela furiosa ambição de dominá-los”⁹, que o pseudônimo *Hesperióphylo*¹⁰ descreveu em 1791 a fundação da *Hermandad de la Caridad y Misericordia* no periódico limenho *Mercurio Peruano*. Sua origem se deu pela união de duas irmandades. A primeira, *Hermandad de Misericordia* teria sido fundada por Pedro Alonso de Paredes e Gonzalo Lopez – ambos espanhóis –, graças às prédicas do frade domínico Ambrosio de Guerra,¹¹ que alertou que as pessoas da cidade de Lima padeciam mais pela falta de caridade da população que propriamente de uma devastadora epidemia que teria acometido a capital no ano de 1559¹². O arcebispo Loyaza aprovou o estabelecimento desta sociedade e fundiu-a

com outra irmandade, a *Hermandad de la Caridad* fundada em 1552 com intenções semelhantes, já formalizada em Lima, porém sem desenvolvimento de ações efetivas¹³. Com a aprovação arcebispal, foi fundada no mesmo ano de 1559 a *Hermandad de la Caridad y Misericordia* com fim de assistir os pobres, mendigos, “pobres envergonhados” e, especificamente, às mulheres pobres.

Dentre as iniciativas da *Hermandad* de assistência à pobreza, a construção do *Hospital de la Caridad* em 1559 foi a atitude mais elogiada pelos cronistas contemporâneos à sua atuação, como Bernabé Cobo (1639)¹⁴ e Lizarraga (1605)¹⁵. Este, que foi considerado um dos hospitais mais ricos de Lima durante a maior parte do período vice-real¹⁶, foi o primeiro e o único em Lima especializado no atendimento de mulheres doentes, contando com médico, cirurgião, boticário e enfermeiras¹⁷, durante o período dos Habsburgos. Seu destaque se deu porque esta instituição centralizou as obras de caridade da irmandade, que tinha como principais ações: acompanhar os condenados por justiça até o lugar de suplício, enterrar ossos dos mortos, criar filhos de pais desconhecidos, repartir esmolas com os pobres envergonhados e atendê-los em domicílio¹⁸. Outro fator que agregou importância à instituição foi a grande procura da sociedade limenha em celebrar os sacramentos na igreja do hospital¹⁹. Antes mesmo da permissão concedida pelo breve *Exponi nobis nuper* do papa Inocencio XI ao arcebispo de Lima, no ano de 1683, para distribuir os santíssimos sacramentos aos doentes, a irmandade já desempenhava algumas destas funções²⁰. Entre os sacramentos solicitados para aprovação papal estavam aqueles relacionados à morte, como confissões e enterramentos na igreja do hospital ou em seu cemitério, e licença para recolhimento de esmola para os pobres enfermos.

Contudo a principal atividade assistencial, em seus primeiros anos de atuação, foi a reclusão de mulheres pobres. Em seu princípio, o hospital recolheu apenas meninas mestiças, filhas de conquistadores da América Hispânica, que não podiam contar com o auxílio econômico de seus pais. Esta, como outras iniciativas de caridade na cidade de Lima, considerou o recolhimento de jovens mestiças como maneira de afastá-las de suas origens indígenas e de possíveis comportamentos corruptos²¹. As candidatas ao recolhimento do hospital, deveriam passar por uma avaliação criteriosa da irmandade que analisava se a candidata preenchia requisitos necessários para seu ingresso²². Para receber amparo institucional, como moradia, alimentação, educação e dotes (matrimoniais ou conventuais), as jovens mestiças trabalhavam nas dependências, servindo como enfermeiras nas salas das doentes do *Hospital de la Caridad*²³.

De tal forma, as meninas mestiças foram as primeiras donzelas que receberam os dotes provenientes do hospital. No entanto, depois de alguns anos a política se expandiu incluindo também as donzelas espanholas pobres que chegaram a receber 400 pesos

para seus dotes, diferente das mestiças que alcançavam a quantia de 300 pesos²⁴. A distinção de tratamento por parte da instituição no auxílio de mulheres pobres – entre as mestiças e as espanholas – foi intensificada com a construção em 1614 do *Colegio de Niñas Señora de la Presentación* ou *Santa Maria de la Caridad*. “Das donzelas espanholas que viviam dentro do hospital se fez separação, por assim ser mais conveniente para elas, e se construiu no mesmo local um quarto à parte, distinto e separado do hospital com nome de colégio, aonde vivem recolhidas (...)”²⁵.

O *Colegio Santa Maria de la Caridad* foi construído a partir das reformas sofridas pelo edifício com o auxílio do vice-rei Don Juan Manuel de Mendonza y Luna quem em 1610 conseguiu arrecadar 40.000 pesos para cumprir os objetivos de reedificação do espaço²⁶. O colégio foi, então, o segundo recolhimento feminino fundado na cidade de Lima²⁷. Este espaço passou a conviver com o hospital dentro do mesmo terreno – separados fisicamente²⁸ e com suas portarias distintas – porém dependentes administrativa e financeiramente (no ano de 1727 o colégio deixou de contar com as mesmas rendas do hospital, seu sustento se tornou independente.)²⁹. O colégio caracterizava-se por sua extrema seletividade, porque destinou seus recursos a recolher exclusivamente as meninas pobres filhas legítimas de espanhóis, órfãs, de sangue limpo e respeitadas. Seu escopo foi reduzido e restrito dentro de uma cidade composta por diversos grupos sociais.

A realidade do Hospital de la Caridad no século XVIII

Na diligência do dia 16 de maio de 1797, sobre a verificação do trabalho de Don Miguel Fajantes³⁰, boticário do *Hospital de la Caridad*, foram elucidadas algumas das principais mudanças na vida administrativa do hospital no século XVIII. A partir desta documentação é possível compreender que a realidade vivenciada no interior da instituição resultou na consideração, por parte dos irmãos da *Caridad y Misericordia*, em realizar algumas mudanças em suas ordenanças e reafirmar algumas outras regulamentações de funcionamento.

A não menção nos documentos do século XVIII sobre o recolhimento de mestiças no hospital induz a pensar que esta incumbência assistencial à pobreza não foi mais praticada de maneira formal neste período. Esta foi a principal mudança percebida nas atividades, visto que a instituição não se identificava mais como um espaço de recolhimento oficial para donzelas pobres mestiças da cidade, mas como espaço exclusivamente de tratamento de doenças.

Contudo, a realidade dentro do estabelecimento não esteve em concordância com estas pretensões dos administradores. Dentro das dependências, doentes conviviam com mulheres que eram sustentadas e albergadas pelo hospital, conhecidas como agregadas³¹, dependentes e assistentes. Não é possível assumir a presença destas mulheres como relação direta de causa e consequência da extinção da política de recolhimento de mestiças dentro do hospital, visto que elas estiveram presente no hospital desde o século XVI³². Porém, a partir da documentação do século XVIII percebe-se maior tentativa de controle dos gastos e a preocupação em não preservar mulheres por longos períodos no interior do edifício.

As funcionárias, a abadessa Dona Martina Garcia e a *Yntadora Mayor*³³ Agustina Castillo foram categóricas ao afirmar em seus depoimentos que havia agregadas e dependentes vivendo no hospital às custas dele. Com a desculpa de auxiliar no tratamento de pacientes ou visitá-las, filhas, mães ou outras parentes conviviam com as doentes e eram sustentadas pelas rendas da instituição, o que, segundo a *Yntadora Mayor*, em outros tempos não era permitido. Como a situação de Maria Loreto, descrita pela abadessa, que sem destino, pois sua mãe havia morrido no hospital, se manteve morando às custas de um dos capelães. Outra situação destacada é a de Maria Felipe Llanos, que também vivia no hospital com sua madrinha, Manuela Ramirez, sua mãe, Concepcion Llanos, sua irmã, Mercedes Salinas, e mais quatro filhos. Uma terceira mulher que também compartilhava desta realidade foi Juana Peña que levava consigo quatorze meninas, um menino e dois bebês doentes que suas mães se tornaram criadas e serventes. A afirmação da *Yntadora Mayor* também confirma esta realidade:

“que com efeito, se encontram várias agregadas com o pretexto de ir assistir a mãe, filha, e outras, e algumas com quatro filhos, e outras com várias criaturas, mantendo-se às custas do hospital e que estas saem e entram livremente, sem pedir licença a ninguém, que em outro tempo não se permitia estas agregadas.”³⁴

No registro de entradas e saída de doentes entre 13 de março e 26 de julho de 1791 também é possível observar a presença destas. Em média o hospital contava simultaneamente com 125 enfermas e diariamente entravam 5 doentes³⁵. Entre tal período, existiram dez casos de mulheres que entraram com algum parente. Porém este número não corresponde ao total de casos, visto que estas foram apenas aquelas que já entraram no hospital com alguma companhia. Ainda assim, existiram outros tantos casos de mulheres que receberam visitas uma vez já estabelecidas na enfermaria, e para estes casos não existem registros de entrada. Apenas através dos relatos das funcionárias é possível saber que, das mulheres que entraram para visitar suas parentes, algumas se mantiveram na instituição.

Outra maneira encontrada para subsistir no hospital diz respeito à presença de pacientes que estavam em situação de convalescença na instituição. Algumas pacientes solicitaram continuar no edifício após suas “altas médicas”, e outras conseguiram obter seus cargos de funcionárias desta forma, principalmente os de cozinheira, enfermeira e de limpeza, como o caso supracitado de Dona Isabel Velarde. De acordo com os relatos da abadessa e da *Yntadora Mayor*, existiram em grande quantidade mulheres nessa condição e que, à época já passavam dos três meses após suas altas médicas. Na opinião da *Yntadora Mayor* esta situação causava gastos injustos ao estabelecimento porque suas rendas deveriam ser destinadas àquelas doentes que realmente necessitavam³⁶.

A partir dos relatos das funcionárias é possível afirmar que as mulheres que viviam no local recebiam alimentação, proteção e moradia em troca, em alguns casos, de alguns serviços, e gozavam de certas liberdades como a possibilidade de sair e entrar no estabelecimento diversas vezes ao dia. Assim como Dona Maria Ascención Fagardo primeira *Veladora*³⁷, a abadessa afirmou que tanto criadas, serventes, funcionárias, agregadas e dependentes saíam e retornavam ao hospital livremente³⁸, mas que nenhuma delas se encontrava fora depois das dez da noite porque retornavam para dormir no estabelecimento. A própria *Yntadora Mayor* assumiu que ela se retirava do hospital todos os dias às nove e meia da noite para visitar sua filha e assistir alguns doentes que são seus dependentes que lá se encontravam, voltando pela manhã às seis. A abadessa também confessou sair pela tarde e pela manhã para comer na casa de sua irmã, mas não dormia fora do hospital, e que apenas a escrava Maria Dolores saía a dormir em casa com seu marido. Contrariando, assim, as regras previstas nos séculos XVI e XVII, que determinavam a admissão somente de funcionárias que não possuíam vínculos parentais ou dependentes externos ao hospital³⁹, ou, como observou Bernabé Cobo no século XVII, a instituição “tem seu portão sempre fechado, com sua porteira, com tanta clausura como os conventos de monjas (...)”⁴⁰.

No capítulo 50 das ordenanças do hospital também foram claras as restrições de entrada e saída daquelas que lá estavam, principalmente de acordo com a categoria social das pacientes.

“(...) não permita entrar na dita Casa, nenhuma mulher de má opinião, negra, nem mulata, nem índia a falar com as doentes, nem serventes, nem levar ou trazer mensagens, nem deixe sair nenhuma das serventes (...) e se alguma sair o hospital não deve recolhe-la.”⁴¹

Porém, no cotidiano do edifício, esta resolução não se cumpria, segundo a abadessa existiam 13 escravos⁴² e no ano de 1791, 20 negras de paga curando-se no estabelecimento⁴³.

Estas práticas no interior da instituição, assumidas no final do século XVIII e descrita pelas funcionárias, resultaram em alterações nas ordenanças⁴⁴. Os irmãos da *Misericórdia y Caridad* após obterem notícias desta realidade, deliberaram a permissão de saída e entrada de funcionárias, com a condição que suas saídas não comprometessem seus trabalhos e seus retornos se dessem até às nove horas da noite para dormir nas instalações antes da portaria ser fechada. Porém, sobre aquelas que entravam com a desculpa de auxiliar suas parentes, estavam proibidas de sair e entrar no hospital, uma vez que, caso saíssem, não poderiam adentrar novamente. Além destas resoluções, foi deliberado a permissão de visitas apenas de parentes imediatas do gênero feminino, de acordo com a gravidade da paciente.

A proibição de trânsito livre das dependentes, assistentes e agregadas partiu das denúncias feitas pela a abadessa, a *yntadora mayor* e o cirurgião do hospital, José Avila, que confirmaram que estas vendiam comidas, *guisos* e bebidas às doentes, contrariando as dietas prescritas pelo médico. Contudo, alegando que o hospital era uma casa de misericórdia, os irmãos decidiram não proibir a entrada de mães acompanhadas dos seus filhos de até sete anos. Caso contrário, elas evitariam entrar a se curar, porque seus filhos ficariam abandonados. Por este motivo deveriam continuar recebendo-as como sempre foi feito. Outra decisão tomada pelos irmãos foi em relação às convalescentes. Foi acordado que, após a alta dada pelo médico e cirurgião, as pacientes poderiam se manter dentro do hospital por apenas mais quinze dias e que, passados estes dias, seriam despedidas pelo Deputado de Semana quem, por sua vez, não deveria acreditar em nenhuma dissimulação de doença.

Em suma, a política oficial de recolhimento de meninas mestiças pobres que ocorreu no primeiro século de atividades do hospital não era mais praticada no século XVIII, porém a instituição não deixou de manter algumas mulheres pobres de maneira informal. Para além do atendimento médico, elas disfrutavam de certas liberdades como entrada e saída em diversos horários. As mulheres que foram abrigadas não adquiriram direito de assistência oficial para além de seus tratamentos de doença. Desta forma, o hospital não se responsabilizou pelo futuro destas mulheres. E os administradores, ao perceberem que a instituição estava adquirindo conotação de recolhimento sem pretensão de ser, empreenderam certas mudanças a fim de limitar estas práticas impondo algumas restrições. É possível observar, também, alguns afrouxamentos das legislações em comparação aos séculos anteriores sobre a permissão da entrada e saída de funcionárias durante o dia.

Colegio de Santa Maria de la Caridad: suas permanências no século XVIII.

Diferente do que foi observado no hospital, o recolhimento de órfãs filhas de espanhóis por parte do colégio se manteve de maneira formal e oficial no século XVIII. A partir da documentação de expedientes de admissão seguidos por colegiadas, se percebe que nesse século os critérios de aceite continuaram sendo os mesmos previstos nas constituições de sua fundação. O *cabildo* da irmandade reafirmou no dia 21 de agosto de 1710 que “a que houvesse de ser admitida, seja pessoa nobre e de país legítimos e nomeada por votação secreta dos irmãos.”⁴⁵ Desta forma, para compor o número máximo de dezoito colegiadas⁴⁶, as meninas deveriam ser filhas legítimas de espanhóis, de “sangue limpo”, cristãs velhas e conhecidas por suas boas condutas. Ademais destes requisitos, a orfandade lhes garantia mérito para recorrer ao sustento. Estava vetada assim, a participação de outros grupos sociais para conviver no colégio.

A participação como beneficiária da política de reclusão exigia o cumprimento de alguns requisitos de acordo com suas *calidades*, que comprovavam a extrema seletividade deste espaço ao selecionar as donzelas pobres. Para comprovar tais atributos e demonstrar seus méritos para concorrer a uma vaga no colégio, era necessário que as candidatas enviassem fé de batismo, junto com a de seus pais, fé de casamento deles, partidas fúnebres caso fossem órfãs, e melhor seria se dispusessem de testemunhas que relatassem suas condutas e procedência de suas famílias.

Estas exigências foram confirmadas quando, em 31 de outubro de 1781, todas as 18 colegiadas que se encontravam vivendo na instituição suplicaram que fosse esclarecida a legitimidade e limpeza de sangue de duas das quatro meninas aceitas pelo *cabildo* da irmandade para ingressarem ao colégio. Segundo as colegiadas, as candidatas possuíam notórios impedimentos para serem incorporadas ou conviverem com elas. Entre suas justificativas, estava o fato de que sempre houve cuidado, por parte da irmandade, que nenhuma pessoa que não possuía diferente *calidad* daquela exigida, conseguisse a nomeação. “Vsas estão bem persuadidos das *calidades* e circunstâncias de legitimidade e limpeza de sangue que se requerem nas que sejam admitidas a nosso congresso; sempre tiveram cuidado de que nenhuma pessoa, que não tenha ditas *calidades* consigam semelhante nomeação.”⁴⁷

O pedido foi acatado pelo *cabildo* da irmandade e as duas meninas foram obrigadas a enviar suas fés de batismo. Esta resolução demonstra, que as próprias colegiadas, e não apenas os administradores do colégio, se preocupavam por vetar o convívio de quaisquer pessoas de outras *calidades*. Uma vez que, segundo elas, meninas de outras procedências poderiam contaminar

seus costumes e suas vivências e lembraram que a finalidade da instituição era afastar qualquer corrupção comportamental que o mundo externo poderia oferecer.

Além destes documentos de caráter legal, uma carta de solicitação de ingresso foi requisitada pela irmandade. Nestas cartas de pedido de concessão da nomeação de colegiada, é possível identificar alguns trechos das histórias de vidas das suplicantes. Também nos permite conhecer algumas das razões que levaram mulheres a buscar viver dentro das instalações do colégio. Como o caso de Dona Maria del Carmen Flores y Lopez, que se via na posição de órfã de pai e de mãe, e por isso recebia auxílio financeiro de seu irmão. Porém, ele faleceu durante uma campanha militar no Alto Peru. Uma vez esgotadas suas fontes de sustento, só lhe restou recorrer a assistência institucional.

“Me encontro nesta capital órfã de pais e destituída ainda do auxílio que me ministrava um irmão que seguindo a carreira militar faleceu nestes últimos meses no Alto Peru, sob as bandeiras espanholas. Porém me sustentei na carreira virtuosa conservando o estado de virgindade a sombra de um diretor que levou meu espírito pelo santo serviço de Deus (...) Tento continuar minha trajetória virtuosa, mas sob os auxílios que ministra este edificante Colegio (...).”⁴⁸

Outro caso que reflete a busca dessas mulheres pela proteção de outros familiares para mantê-las e protegê-las, é o de Dona Maria del Carmen Vela Patriño y Gonzalez. Filha legítima de Don Francisco de Borsa Vela Patriño e de Dona Leonor Gonzalez, natural da vila de Chincha, solicitou ingresso porque seus pais teriam falecido e para buscar maneira de sobreviver viajou a Lima para recorrer proteção de outros parentes:

“Em efeito encontrei o patrocínio de umas tias religiosas no monastério de *Descalzas* desta cidade: em cujo abrigo permaneci desde a idade de sete anos, mas como estas se encontram hoje muito importunadas por doenças e cheias de anos, vivo com a dor de ser a elas custosa minha alimentação, e de que com sua falta não poderei acudir a ela com os trabalhos femininos.”⁴⁹

Estas cartas revelam a importância das suplicantes em afirmar que mesmo sem proteção parental, se mantiveram sob cuidado de outros que as permitiram seguir comportamentos femininos de acordo com aqueles estabelecidos pelo Concílio de Trento⁵⁰. Estes relatos sugerem também que ao mérito de órfã foi adicionado o fato de que estas não possuíam nenhum familiar para prover seu sustento. O amparo institucional para mulheres pobres, além de garantir alimentação, abrigo também desempenhava o papel da família - característica desempenhada não rara vez por instituições

de caridade –, visto que proveu proteção, meios de sobrevivência e cuidou de manter suas *calidades* inquestionáveis.

O colégio foi um espaço que interpretou a condição de pobreza como uma possível contribuidora para a perda das *calidades* das filhas dos espanhóis. No século XVIII, o discurso de *calidad* relacionado com a ideia de decência foi utilizado para recorrer a certos privilégios. Segundo Whipple⁵¹, decência era a condição que o indivíduo herdava de seus parentes, porém não era qualquer pessoa que poderia comprová-la. Esta fazia referência apenas a um setor social, definidos por eles próprios como decentes, em oposição a indecência de outros grupos. Dessa forma, para o caso das mulheres a carência material e de proteção, estava atrelada ao pecado e a possibilidade de perda de decência. Uma vez que, sem meios de sustento, as donzelas poderiam recorrer à ofícios repreendidos pela Igreja católica, como a prostituição.

Além de recorrer aos méritos de orfandade, de legitimidade, o resgate da relação familiar ou social que algumas candidatas possuíam com a irmandade ou funcionários da instituição, também foi um elemento recorrente nas cartas para conferir maior possibilidade de nomeação como colegiada. Como o caso da própria Dona Maria del Carmen Vela Patiño, que recorreu às lembranças da instituição ao resgatar os serviços realizados por seus antepassados ao hospital, onde relata que muito dos seus parentes serviram nele, principalmente seu tio, Don Joaquin de Vela Patiño, foi deputado e administrador, e seu bisavô, Don Julian Martines Guarado, foi mordomo no século passado.

O conhecimento de algum membro da irmandade conferia maior prestígio a solicitante, pois conhecer o possível beneficiário era um dos preceitos da política da irmandade. Algumas práticas de assistência no mundo moderno adotaram o método de buscar informações sobre o candidato ao auxílio como forma de selecionar o sujeito pobre, com o propósito de assegurar que a doação seria destinada a um indivíduo meritório, segundo as noções de mérito de cada auxílio e instituição⁵². No caso do colégio, este foi o meio encontrado pelos administradores para evitar eventuais situações inconvenientes, principalmente para as meninas que já habitavam a instituição, como o caso supracitado da petição elaborada pelas dezoito colegiadas.

As cartas foram redigidas de acordo com estratégias discursivas de mérito, onde se percebe demonstrações de reconhecimento dos preceitos utilizados pela irmandade na seleção das futuras beneficiárias e de seus próprios reconhecimentos como meritórias. As candidatas deveriam apresentar suas pobreza e demonstrar simultaneamente que mereciam esta específica política de assistência, se diferenciando de outros pobres da cidade ao comprovar suas origens, nascimento e legitimidade. A comprovação da pobreza então, revelou os princípios morais da caridade, de acordo com a ideia de *calidad*.

Apesar de ser observada uma complexa configuração social na realidade das cidades americanas no século XVIII, os espanhóis ou filhos de espanhóis deveriam ser aqueles que, de acordo com a lógica colonial, disfrutavam das melhores condições de vida⁵⁵. Dessa forma, a presença de espanhóis pobres ou suas filhas como pobres, poderia contradizer esta ordem idealizada pela administração colonial. Porém, a caridade, ao selecionar os pobres, foi um dos mecanismos encontrados que possibilitou garantir o distanciamento entre os espanhóis e seus descendentes legítimos, mesmo pobres, do resto da sociedade. “[...] o alívio da pobreza deveria sustentar uma estrutura colonial vacilante.”⁵⁴

Em suma, a política de recolhimento do colégio representou algumas questões sociais e locais da cidade Lima. Contudo, não é possível perceber seu extremo impacto na sociedade, porque seus requisitos de entrada eram altamente definidos e limitados. As próprias colegiadas solicitaram, em 28 de janeiro de 1779, que não fosse admitida nenhuma *supernumeraria*, porque consideravam suficiente o número de 18 colegiadas⁵⁵ e caso este número fosse ultrapassado, as rendas poderiam ser comprometidas. Esta prática assistencial tampouco alcançou seus objetivos de ser um espaço temporário para as donzelas, que deveriam buscar a vida matrimonial ou conventual. Poucas foram as colegiadas que saíram e aquelas que permaneceram, envelheceram dentro da instituição e se tornaram auxiliar ou funcionária⁵⁶.

Considerações finais

A partir da relação entre as políticas de caridade do *Hospital de la Caridad de Lima* e de seu *Colegio Santa Maria de la Caridad* e seus públicos atendidos, foi possível conhecer de que maneira a categoria de pobre foi definida. Não foi apenas o fator financeiro que determinou a distinção entre as políticas assistenciais às mulheres do hospital e às do colégio. A diferenciação nos dois espaços foi fruto dos debates sobre pobreza e caridade próprios da época moderna, que enfatizaram a seleção dos pobres merecedores de certas políticas de assistência⁵⁷. Na Europa, os componentes de mérito se deram através das redes de contatos estabelecidos por famílias ou por indivíduos⁵⁸, porém esta noção transladada à América incorporou o elemento da *calidad*⁵⁹.

Apesar de algumas mulheres atendidas pelo *Hospital de la Caridad* se conservarem dentro do estabelecimento de forma não oficial, como meio de garantir alimentação e acomodação, os irmãos da *Caridad y Misericordia* reiteraram no século XVIII a intenção de compreender a instituição como um espaço exclusivo para tratamento de doenças. Com o discurso de limitação de gastos, o hospital que em seus anos fundacionais recolhia donzelas pobres mestiças e – após alguns anos – espanholas, deixou de

se compreender como um espaço oficial de recolhimento no século XVIII. A irmandade já possuía um edifício dedicado exclusivamente a esta prática, o *Colegio Santa Maria de la Caridad*. Este último preservou o caráter de suas atividades no século XVIII, principalmente fornecendo uma política assistencial completa, de dote, educação, alimentação, abrigo, proteção e um destino seguro às donzelas filhas de espanhóis. E manteve suas restrições cobrando que as candidatas comprovassem suas *calidades* e méritos. A caridade então, procurou reforçar as pretensas ideias de ordem e separação de indivíduos de acordo com *calidades* na cidade de Lima, visto que os auxílios para cada grupo distinguiram merecedores de acordo com estas noções, e dentre as mulheres pobres, as espanholas foram as principais beneficiárias.

Notas

1. O cargo de Deputado da Semana deveria prezar e assegurar que, tanto as enfermas, como as funcionárias não fossem incomodadas por qualquer pessoa. Para além da função de zelar pela ordem da instituição, ele também era responsável por receber as doentes ao hospital, registrar seus nomes, procedências, naturalidade e estado civil.
2. Beneficiencia Pública de Lima (BPL), livro 7, doc. VII, Hospital de la Caridad – Antecedentes – Tomo III, folios 60–66.
3. BPL, livro 7, doc. VII, Hospital de la Caridad – Antecedentes – Tomo III, folio 63. Tradução livre de: “por no poder su madre sufrir este costo por lo que pidió que misericordiosamente se le conservase en la casa ofreciéndose voluntariamente a dar los baños a tres o cuatro enfermas que había en la sala de cancro.”
4. Heredia, Antonia Herrera, “Introducción”, in Barriga, Carmen Guillén, Heredia, Antonia Herrera, Siles, Reyes Saturnio, Zahino, Luisa Peñafort, *Hospitales y centro benéficos Sevillanos: Inventario de sus fondos*, Sevilla, Diputación de Sevilla, 1997.
5. Barry, Jonathan, Jones, Colin, *Medicine and Charity Before the Welfare State*, London/New York, Routledge, 2003, p. 11.
6. Ramos, Gabriela, “Indian Hospitals and Government in the Colonial Andes”, in *Medical History*, vol. 57, no.2, 2013, p. 187.
7. Geremek, Bronislaw, *A Piedade e a Força – história da Miséria e da Caridade na Europa*, Lisboa, Terramar, 1995; Mollat, Michel, *Os pobres na Idade Média*, Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1989; Woolf, Stuart, *Los pobres en la Europa moderna*, Barcelona, Editorial Critica, 1989.
8. A presente pesquisa opta por utilizar o termo *calidad*, de acordo com os debates historiográficos que objetivaram compreender as configurações sociais dos espaços coloniais americanos. *Calidad* remete as noções de categoria socio jurídicas próprias do século XVIII, que considerou a origem, linhagem, cultura compartilhada e procedência dos indivíduos, como maneira de distinção social. Ver: Cosamalón, Jesús, *El Juego de las Apariencias: La alquimia de los mestizajes y las jerarquías sociales en Lima, siglo XIX*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 2017, pp. 17–57.
9. Tradução livre de: “deseo ardiente de socorrer á sus semejantes, y no por la furiosa ambición de dominarlos.”
10. Este pseudónimo era utilizado por José Rossi y Rubí. Ver: Guibovich, Pedro Pérez, “Alcances y límites de un proyecto ilustrado: la Sociedad de Amantes del País y el Mercurio Peruano”, in *Histórica*, vol. XXIX, no. 2, 2005, p. 50.
11. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, p. 311.
12. Warren, Adam, *Medicine and politics in colonial Peru: population growth and the Bourbon reforms*, Pittsburg, University of Pittsburgh Press, 2010, p. 23. Segundo o autor, provavelmente a epidemia foi de varíola e sarampo.
13. Hesperióphylo, “Historia de la Hermandad, y Hospital de la Caridad”, in *Mercurio Peruano*, Imprenta Real de los Niños Expósitos, 1791, folios 10–11.
14. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, pp. 311–316.
15. Lizárraga, Reginaldo, *Descripción breve del reino del Perú, Tucumán, Rio de la Plata y Chile*, 1605, Capítulo XLIII.
16. Warren, Adam, *Medicine and politics in colonial Peru: population growth and the Bourbon reforms*, Pittsburg, University of Pittsburgh Press, 2010, p. 23.
17. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, p. 313.
18. Archivo General de Indias, (AGI), LIMA,211,N.10, folios 1–2.
19. Guerra, Francisco, *El Hospital en Hispanoamérica y Filipinas 1492–1898*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo – Servicio de Publicaciones, 1994, p. 441.
20. AGI, MP-BULAS_BREVES, 466.
21. Van Deusen, Nancy, *Entre lo sagrado y lo mundano. La práctica institucional y cultural del recogimiento en la Lima virreinal*, Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto Francés de Estudios Andinos, 2007, pp. 75–106.
22. Rivasplata, Paula Ermila Varillas, “Dotes de doncellas pobres sevillanas y su influencia en la ciudad de Lima”, in *Revista de Indias*, vol. 75, no. 264, 2015, p. 378.
23. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, p. 313.
24. Rivasplata, Paula Ermila Varillas, “Dotes de doncellas pobres sevillanas y su influencia en la ciudad de Lima”, in *Revista de Indias*, vol. 75, no 264, 2015, p. 373; AGI, LIMA, 211,N.10, folio1.
25. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, p. 314. Tradução livre de: “De las doncellas españolas que vivían dentro del hospital se ha hecho separación, por haberse hallado ser así más conveniente para ellas, y se ha labrado en el mismo

Notas

sitio un cuarto aparte, distinto y separado del hospital con nombre de colegio donde viven recogidas (...).”

26. Guerra, Francisco, *El Hospital en Hispanoamérica y Filipinas 1492-1898*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo - Servicio de Publicaciones, 1994, pp. 440-441.

27. Martínez, Lidia Alcade, “Recogimientos para mujeres en Lima hasta 1650”, in *Hispania Sacra*, vol 53, no. 108, 2001, p. 438.

28. Martínez, Lidia Alcade, “El colegio-Recogimiento de la Caridad de Lima (1562-1656)”, in Morales, Francisco Padrón (coord.), *XIII Coloquio de Historia Canario-Americana; VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)*, Gran Canaria, Cabildo Insular de Gran Canaria, 2000, p. 1264.

29. BPL, livro 7, doc. VI, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III.

30. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folios 148-175.

31. Agregada é uma categoria de difícil definição, seu significado prático pode sofrer alterações dependendo do espaço que o empregava. Porém nas documentações do *Hospital de la Caridad* o termo fazia alusão às mulheres que dependiam e viviam no hospital sem padecer de qualquer doença. Em algumas circunstâncias, elas poderiam desempenhar algumas funções pouco definidas, como de limpar, cozinhar ou auxiliar no tratamento das pacientes.

32. As ordenanças de 5 de fevereiro de 1581 já proibiam conservar nos aposentos do hospital mulheres não doentes ou que não fossem funcionárias. “solo sea de recibir mujeres pobres vergonzantes enfermas que se vienen a curar a esta Casa y las que las sirven y no otras ningunas e las que estén recibidas procuren el Mayordomo y Diputados de las echar fuera”.

33. O cargo de *yntadora maior* desempenhava as seguintes funções: contar a quantidade de enfermas, repartir entre elas aguardente, unto sem sal, e o que fora ordenado pelo médico e cirurgião.

34. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 162.

35. BPL, livro 7, doc. IX, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folios 75-96.

36. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 162.

37. A *Primera Veladora* tinha como obrigação estar atenta desde às sete horas da noite até duas da manhã em assistir e auxiliar à enfermaria, cuidando para que as doentes não morressem sem auxílio.

38. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 163.

39. Rivasplata, Paula Ermila Varillas, “Dotes de doncellas pobres sevillanas y su influencia en la ciudad de Lima”, in *Revista de Indias*, vol. 75, no. 264, 2015, p. 374.

40. Cobo, Bernabé, *La historia de la fundación de Lima*, 1639, p. 312.

Tradução livre de: “tiene su portería siempre cerrada, con su portera, con tanta clausura como la de los conventos de monjas (...).”

41. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folios 170-171.

42. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 159.

43. BPL, livro 7, doc. IX, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folios 75-96.

44. BPL, livro 7, doc. XIV, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folios 166-175.

45. Martínez, Lidia Alcade, “El colegio-Recogimiento de la Caridad de Lima (1562-1656)”, in Morales, Francisco Padrón (coord.), *XIII Coloquio de Historia Canario-Americana; VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)*, Gran Canaria, Cabildo Insular de Gran Canaria, 2000, p. 1265. Tradução livre de: “la que hubiere de admitirse, haya de ser persona noble y de padres legítimos, y (nombrada) por votación secreta de los hermanos”.

46. BPL, livro 2, doc. X, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo II.

47. BPL, livro 7, doc. XVIII, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 322.

48. BPL, livro 7, doc. XVIII, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 361.

49. BPL, livro 7, doc. XVIII, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo III, folio 355.

50. Liberato, Marcos, “Trento, a Mulher e Controlo Social: O Recolhimento de S. Maços”, in Abreu, Laurinda, *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*, Lisboa, Edições Colibri/Évora, Cidehus-Universidade de Évora, 2005, pp. 275-289.

O HOSPITAL DE LA CARIDAD DE LIMA

51. Whipple, Pablo, *La gente decente de Lima y su resistencia al orden republicano*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 2019, p. 37.
52. Woolf, Stuart, *Los pobres en la Europa moderna*, Barcelona, Editorial Critica, 1989, p. 35.
53. Milton, Cynthia, *The Many Meanings of Poverty. Colonialism, Social Compacts, and Assistance in Eighteenth-Century Ecuador*, California, Stanford University Press, 2007, p. 7.
54. Milton, Cynthia, "Poverty and the Politics of Colonialism: "Poor Spaniards," Their Petitions, and the Erosion of Privilege in Late Colonial Quito", in *Hispanic American Review*, vol. 85, no. 4, 2005, p. 597.
55. BPL, livro 2, doc. XII, Hospital de la Caridad - Antecedentes - Tomo II.
56. Rivasplata, Paula Ermila Varillas, "Dotes de doncellas pobres sevillanas y su influencia en la ciudad de Lima", in *Revista de Indias*, vol. 75, no. 264, 2015, p. 379.
57. Woolf, Stuart, *Los pobres en la Europa moderna*, Barcelona, Editorial Critica, 1989, p. 43;
- Perrotta, Cosimo, "La disputa sobre los pobres en los siglos XVI y XVII: España entre desarrollo y regresión", in *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, no. 37, 2000, pp. 95-120.
58. Franco, Renato, *Pobreza e caridade leiga - as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*, Tese de Doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2011, p. 42.
59. Milton, Cynthia, *The Many Meanings of Poverty. Colonialism, Social Compacts, and Assistance in Eighteenth-Century Ecuador*, California, Stanford University Press, 2007, p. 4.

O livro de receitas de remédios do cirurgião-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa (1792–1804): Lourenço Antônio da Neiva

* Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás. Professor efetivo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFC) – Câmpus Cidade de Goiás.

Apresentação

Este capítulo é parte integrante da minha tese de doutorado intitulada: *As Artes de Curar nos Guayazes, o Real Hospital Militar de Vila Boa (c. 1770- c. 1827)* defendida no ano de 2019 na Universidade Federal de Goiás no Programa de Pós-graduação em História sob orientação da profa. Dra. Cristina de Cássia Pereira Moraes.

A história do hospital ocidental, segundo Ribeiro¹, não é tarefa fácil precisar com rigor o momento associado ao surgimento dos hospitais. Ao longo da história da humanidade, foram surgindo instituições para tratamento de doentes que exerciam diferentes funções, tais como, albergues de passagem e de hospícios ou asilos, nestas instituições, acolhiam-se órfãos, inválidos, cegos e incuráveis, designadamente leprosos. Durante o decorrer do século XVIII e início do século XIX, as enfermidades como a varíola, sarampo, as disputas territoriais com os espanhóis e a manutenção dos territórios da América portuguesa, demandaram a criação dos hospitais régios – os hospitais militares –, fundamentais para o tratamento dos militares das tropas pagas e para a formação dos cirurgiões que exerceriam suas práticas de cura nas populações das vilas e arraiais.

A criação do Real Hospital Militar de Vila Boa, a partir da reforma do Quartel dos Dragões em 1764, tinha como principal objetivo, ofertar tratamento aos enfermos militares doentes e feridos que compunham as companhias militares regulares pagas: Companhia dos Dragões e Companhia de Pedestres instaladas na Capitania de Goiás.

O funcionamento deste Hospital Militar se deu a partir do ano de 1770, o nosocômio foi a primeira instituição hospitalar instalada na capitania de Goiás no século XVIII. Nas minas dos Guayazes não existiam antes de 1770: hospitais civis, régios e religiosos, como, por exemplo, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A efetivação do Real Hospital Militar de Vila Boa veio suprir a falta de uma instituição dedicada ao tratamento das doenças em Goiás, Capitania encravada no centro da América portuguesa.

Neste capítulo proponho analisar o livro de Receitas de remédios (1792 –1804)² do cirurgião-mor do Hospital Militar, Lourenço Antônio da Neiva, o livro de receitas se constitui numa importante fonte para o conhecimento das práticas de cura hospitalar nas conquistas portuguesas no século XVIII e início do século XX.

No livro de Receitas de remédios constavam as terapêuticas e medicamentos ministrados pelo cirurgião-mor aos enfermos, porém, não estavam registrados nele, as doenças que estavam sendo tratadas. Assim, a partir da análise das terapêuticas e medicamentos presentes no livro de receitas de remédios do cirurgião-mor do hospital e a comparação com os Tratados de Medicina e Farmacopeias daquela época, busquei identificar quais doenças ausentes de registro neste livro estavam sendo tratadas no Hospital Real Militar de Vila Boa entre os anos de 1792 a 1804.

O cirurgião-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa: Lourenço Antônio da Neiva

Lourenço Antônio da Neiva conforme Pinheiro, era natural da Freguesia do Castelo da Neiva, Arcebispado de Braga, Portugal, onde nasceu por volta de 1720. O ano que chegou à Vila Boa é uma incógnita. Viveu boa parte de sua vida em Vila Boa, onde em 1793, erigiu uma capela sob o orago de Nossa Senhora das Barrancas³.

Lourenço Antônio da Neiva casou-se no ano de 1775 com Maria da Conceição Oliveira a filha mais velho do português Antônio Gomes de Oliveira, o rico criador de gado vacum, homem ‘dos mais ricos da comarca’, exerceu cargos na república, entre eles, o de juz e vereador, no ano de 1783, conseguiu o posto de capitão-mor, era a mais alta patente e somente o governador estava hierarquicamente acima dele⁴.

Com a morte de Antônio Gomes, por volta do ano de 1784, caberia a Lourenço Antônio da Neiva a administração dos bens do falecido sogro. Essas relações desdobraram-se até mesmo depois da morte.

Para Ferreira⁵, a estima e a consideração social constituíram-se em aspectos, na maioria das vezes, fundamentais para definirem o lugar social que os indivíduos ocupavam. O casamento, as famílias, eram aspectos fundamentais para a mobilidade social, que era geracional, ou seja, de âmbito familiar. Antônio Gomes de Oliveira casou suas filhas visando estima e consideração social. Os matrimônios foram fundamentais para estabelecer e efetivar redes de influência no âmbito político da capitania. Para Lemke, a “rede de relações fundamentadas nos casamentos das filhas foi primordial para que esse marchante alcançasse o cobiçado posto de capitão-mor⁶”.

Lourenço Antônio da Neiva adquiriu matrimônio com Maria da Conceição Oliveira, em 1775. No ano de 1778, arrematou a administração do Real Hospital Militar de Vila Boa e seguiu como administrador da instituição até 1784, por sete anos consecutivos⁷.

No ano de 1785, Lourenço Antônio da Neiva foi angariado com a mercê, assentou “praça do Refferido Posto de Cirurgião-mor com o soldo/ de Alferes da Infantaria, por Patente do Ilustríssimo e Excelentíssimo Senhor/ Tristão da Cunha Menezes de 6 de fevereiro de 1785⁸”, capitão general da capitania de Goiás.

As alianças familiares entre Antônio Gomes de Oliveira e Lourenço Antônio da Neiva renderam mercês para Lourenço, como os ofícios régios e sua aproximação com o palácio do governador da capitania, passando de administrador do Real Hospital Militar de Vila Boa, à vereança na Câmara Municipal e, ao ofício de cirurgião-mor das tropas e, posteriormente, do Hospital Militar.

Lourenço Antônio da Neiva teve a mesma trajetória de muitos outros cirurgiões, conforme expressou Almeida, outros cirurgiões na América portuguesa, “aprenderam seu ofício na prática, vendo e ouvindo os mestres, estando grafada nas cartas de exame e de usança a palavra Arte de cirurgia, de sangria, aprovados e licenciados para o exercício das Artes da Cura, cirurgiões, boticários, sangradores [...]”⁹.

Lourenço Antônio da Neiva, a partir da análise da documentação, e o que nossa interpretação indica, que aprendeu o ofício de cirurgião a partir de experimentações e práticas no Real Hospital Militar de Vila Boa.

De acordo com Almeida, “o conhecimento teórico e prático requerido para o exercício das ‘Artes de Cura’ podia ser adquirido pelo ver e ouvir, e não raros casos pelo ler o que estava escrito em almanaques, tratados e farmacopeias vindas da Europa”¹⁰. Além de aprenderem com a prática, a leitura de livros e tratados de medicina ajudavam na formação teórica dos cirurgiões.

Segundo Correia e Monteiro, “a formação de cirurgiões era uma prática recorrente dentro dos hospitais militares”¹¹. Lourenço Antônio da Neiva aprendeu o ofício de cirurgião entre 1770 a 1772, o cirurgião foi atestado com carta patente pela Fisicatura-mor, extinta, em 1782, para a criação da Junta do Protomedicato.

Conforme Abreu¹², a Junta do Protomedicato cujos objetivos alicerçavam-se na busca da legalização da prática médica na América portuguesa, a sua criação, substituiu a Fisicatura-mor e procurou intensificar a presença de juízes comissários de medicina e cirurgia que atestavam e concediam as cartas patentes de usanças aos cirurgiões, sangradores e barbeiros.

Almeida ressaltou que o processo de legalização das atividades oficiais de cura na América portuguesa “iniciava com um pedido da pessoa diretamente interessada ao comissário delegado do físico-mor do reino, acompanhado de um atestado do mestre com o qual haviam aprendido / praticado o ofício”¹³. Não tive o contato com este tipo de documentação – atestado do mestre –, consegui acesso ao pedido realizado pelo capitão-general da capitania de Goiás, Tristão da Cunha Meneses, solicitando à rainha D. Maria I, o ofício de cirurgião-mor do hospital militar para Lourenço Antônio da Neiva¹⁴.

De acordo com Almeida o atestado do mestre, “poderia ser substituído pelo testemunho de pessoas idôneas a favor da habilidade do requerente”¹⁵. Este fato de obter testemunho no lugar do atestado do mestre, deve ter favorecido muitos cirurgiões a obterem carta patente sem dominar o ofício. Lourenço teve como testemunha nada menos que o governador e capitão-general da Capitania de Goiás, Tristão da Cunha Meneses, que solicitou mercê de cirurgião-mor do hospital à rainha, porém esse fato não atestava sua eficiência e técnica como cirurgião.

Para Pimenta, foi pelo campo da cirurgia que se iniciou o processo de institucionalização das ‘Artes de curar’ na América

portuguesa, “os pretendentes a cirurgiões tanto podiam aprender seu ofício nos cursos de cirurgia nos Hospitais Militares quanto apresentar atestados de seu mestre de que haviam praticado a dita arte pelo tempo que mandava o regimento¹⁶”.

No século XVIII, nas minas dos Guayazes, eram atribuídas aos cirurgiões, as funções de médico pela recorrente ausência destes diplomados em universidades europeias na capitania, mas, segundo Almeida, a presença de cirurgiões “parece de certa forma ter suprido as necessidades da população¹⁷”. Os cirurgiões exerceram na capitania de Goiás e no Real Hospital Militar de Vila Boa os ofícios de médico, cirurgião e sangrador durante o século XVIII e início do século XIX.

Lourenço Antônio da Neiva exerceu, no Hospital Militar, as funções de médico, cirurgião e sangrador: como médico, aviava receitas de medicamentos, prescrevia as dietas alimentares; como cirurgião: realizava procedimentos cirúrgicos internos mais complexos; e como sangrador: realizava os sangramentos profiláticos e cirurgias externas de pequena complexidade¹⁸.

O livro de receitas de remédios do cirurgião-mor, Lourenço Antônio da Neiva

A partir da análise do livro de receitas de remédios do Real Hospital Militar de Vila Boa, aponteí que os tratamentos e terapêuticas ali ministrados no final do século XVIII e início do século XIX eram provenientes da “medicina mestiça”. A ideia da “medicina mestiça”, segundo Almeida, era um saber que “ampara-se na fusão de elementos da flora e da fauna e nos saberes a eles referentes, processados no encontro de diversas culturas e na utilização igualmente diversa na terapêutica¹⁹”. As práticas e saberes de cura entre diferentes partes do Império Português se tornou uma realidade durante aqueles séculos, assim, o encontro de diferentes culturas: ameríndia, europeia, africana e asiática, transformaram e ressignificaram as ‘Artes de curar’.

As práticas de cura, saberes e plantas da América, Ásia, África e Europa difundiram-se pelas conquistas portuguesas, no qual o saber mestiço se alicerçou a partir da circulação de informações, conhecimentos, espécies naturais, vegetais e animais.

A “medicina mestiça”, ou seja, as ‘Artes de curar’ estavam inseridas no universo cultural mestiço da América portuguesa, e essa “arte se mostra igualmente mestiça, forjada pelos conhecimentos migrantes de uma população multifacetada desde muito cedo nestas terras da América²⁰”.

Os Tratados de Medicina, manuais e Farmacopeias foram cada vez mais produzidos e popularizados no século XVIII, a fim das sociedades serem instruídas acerca do tratamento das moléstias. Os cirurgiões no século XVIII, foram fundamentais nessa tarefa na América portuguesa, nos escritos/produção destes tratados e na socialização de tratamentos e terapêuticas. Segundo Almeida, os livros na difusão do conhecimento não se restringiram ao continente europeu, “os tratados e compêndios, sem dúvida, colocaram os oficiais da cura, notadamente cirurgiões e boticários, a par dos conhecimentos mais recentes da época, aplicados à farmácia e a medicina, mediando culturas e auxiliando-os no exercício de sua arte²¹”.

Conforme Pereira e Pita²², a farmácia no Império português na transição do século XVII para o século XVIII, poderia ser caracterizada a partir de três tópicos essenciais, antes da revolução química de Lavoisier, são eles: primeiro, a tradicional farmácia e medicação galênica já com várias inovações, com maior ou menor grau de adaptação aos novos modelos científicos iluministas. Em segundo, os medicamentos químicos e a concepção do organismo de acordo com o paradigma da iatroquímica e, o terceiro, as drogas oriundas do continente americano que ganhavam cada vez mais popularidade na medicação do continente europeu.

Muitas farmacopeias produzidas no Império, de acordo com Pereira e Pita, tinham uma orientação hipocrática-galênica, outras com uma orientação mais química, outros com uma orientação mais mista. A primeira farmacopeia oficial publicada nos territórios portugueses foi a *Pharmacopeia Geral do Reino*²³ publicada sob ordem da rainha D. Maria I no ano de 1794, e escrita por Francisco Tavares (1750–1812), professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, médico e físico-mor.

Conforme Pereira e Pita, somente com a reforma pombalina (1772) no ensino da Universidade de Coimbra é que foi criado o curso de boticários naquela instituição, a partir das reformas empreendidas pelo marquês de Pombal no reinado do rei D. José I que “os boticários portugueses tiveram, na sua formação, acesso a um contato com a química²⁴”. Na primeira metade do século XVIII, a formação dos boticários portugueses era predominantemente galênica tradicional, “não existia ensino oficial de química para os boticários ao contrário do que acontecia na França, onde a química tornava-se estrutural para o trabalho do farmacêutico²⁵”.

A transformação nas ‘Artes de curar’ no final do século XVIII no Império português, se configurou no âmbito da química na preparação dos medicamentos, a América portuguesa sofreu os impactos dessas transformações. Percebe-se a quantidade de substâncias químicas para preparação das drogas que foram enviadas para a botica do Real Hospital Militar de Vila Boa.

Localizei na documentação, uma lista de drogas enviadas do reino para a botica RHMVB no ano de 1802. O presidente

do Real Erário do Império português, Dom Rodrigo de Souza Coutinho, remetia Ordem Régia no dia 8 de maio de 1802 ao capitão-general da Capitania de Goiás, D. João Manuel de Menezes (1800-1804), informando-o sobre o envio de dezessete caixotes de medicamentos para a Botica do Real Hospital Militar de Vila Boa²⁶.

No ano de 1797, a rainha Maria I, estabelecia o Alvará da fundação do Hospital da Real Armada, neste mesmo alvará mandava construir também, um Laboratório Químico e o Dispensatório Farmacêutico que dispersava as drogas e preparos farmacêuticos pelo Império Português.

No livro de Receitas de remédios²⁷, demonstrava a importância que os cirurgiões tinham nas regiões que não possuíam médicos, como nas minas do Guayazes. No livro de Receitas de remédios de Lourenço Antônio da Neiva, os récipes eram “escritos de próprio punho, os componentes (simples ou compostos, vegetais, animais, minerais e químicos) de cada medicação a ser utilizada pelo enfermo, bem como a quantidade de cada componente que entraria nessa composição²⁸”, constavam na descrição destes récipes.

As receitas aviadas pelo cirurgião Lourenço Antônio da Neiva eram destinadas ao manipulador de remédios ou ajudante de botica do Real Hospital Militar de Vila Boa que fazia as vezes de boticário²⁹. O manipulador de remédios do hospital, manipulava a partir dos récipes que o cirurgião aviava, os cozimentos, as infusões, as tinturas, a preparação de medicamentos a partir das drogas remetidas para a botica do hospital.

De acordo com Almeida, o ofício dos boticários era proceder à manipulação dos mesmos componentes constantes em um “récipe: selecionar, pesar, prensar e misturar as drogas, transformar plantas curativas, animais e certos minerais em medicamentos compostos, dosar adequadamente, conhecer folhas, flores e raízes, o grau de maturação das ervas para que essas mantivessem as propriedades curativas³⁰”.

Lourenço Antônio da Neiva, de acordo com o seu ofício de cirurgião-mor do hospital, deveria dominar o conhecimento teórico contido nos ‘Tratados de Medicina’ e nas ‘Farmacopeias’, no sentido de proceder corretamente na arte de prescrever os medicamentos. Aos cirurgiões cabia-lhes segundo Almeida, “diagnosticar enfermidades, optar pelo método curativo, recomendar a forma de aplicação e as dosagens corretas de cada substância, deviam conhecer a idade e constituição física do enfermo, a fim de prescrever o medicamento na dosagem necessária e adequada³¹”. Os cirurgiões na América portuguesa, fizeram as vezes de médicos/físicos.

Para exercer o ofício de cirurgião-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa, Lourenço Antônio da Neiva devia ter o conhecimento das doenças e das pessoas, era indispensável ao desempenho da arte da cirurgia. Ao manipulador de remédios do hospital “caberia atender as recomendações do cirurgião e cuidar da correta

manipulação das substâncias prescritas para a medicação do paciente, aplicando seus conhecimentos³²”. Cirurgiões e boticários ou manipuladores de medicamentos tinham que exercer seus ofícios em sintonia, pois, a eficácia da receita de um, dependia da manipulação precisa do outro.

De acordo com Almeida, os métodos da experimentação e a observação dos resultados “na cura de enfermidades deixavam vislumbrar as possibilidades terapêuticas de outros vegetais, a comprovação de sua eficácia ampliaria o arsenal dos oficiais da cura, então experimentar e observar foram os fios condutores do saber dos cirurgiões e boticários³³”.

No livro de Receitas de remédios do cirurgião-mor do hospital, constava que no dia 13 de julho de 1792, o cirurgião-mor do hospital, Lourenço Antônio da Neiva aviou o seguinte rēcipe³⁴: “tártaro emético e vitriolado ao enfermo militar³⁵ Geraldo Dias de Campos³⁶” que ficou em tratamento no hospital até o dia 31 de julho. No dia 14 de julho, Lourenço novamente ministrou os mesmos medicamentos ao enfermo. A combinação dos componentes de uma receita e sua quantidade nas formulações, essas variavam de enfermidade para enfermidade e de indivíduo para indivíduo³⁷”.

Os rēcipes aviados por Lourenço Antônio da Neiva e formuladas pelo manipulador de remédios do hospital, as prescrições do cirurgião eram feitas individualmente para cada doença e doente, “a dosagem correta de cada um dos componentes recomendados pelos cirurgiões era ponto crucial na preparação dos medicamentos: quantidades inadequadas poderiam resultar em compostos inócuos ou em misturas letais³⁸”.

Retornando à análise do rēcipe, o tártaro emético ou antimônio tartarizado conforme Cabral era “recomendado aos enfermos como terapêutica purgativa, ministrava-se de um a quatro grãos³⁹, em grande dose, a substância poderia envenenar o enfermo.” O antimônio tartarizado numa dose de um “grão e meio tem a propriedade terapêutica como purgante, diaforético, diurético e antiespasmódico, no qual favorecia a expectoração nas inflamações pulmonares⁴⁰”.

Nas ‘Artes de curar’ dos séculos XVIII e XIX, a prática de purgar os excessos de humores com tártaro emético ou antimônio tartarizado era bastante corriqueira, percebe-se que esse rēcipe possuía substâncias químicas, porém, a finalidade deste medicamento era purgar, princípio intrínseco ao saber galênico. Já o tártaro vitriolado ou álcali vegetal vitriolado⁴¹ receitado para o enfermo juntamente com o tártaro emético, tinha como finalidade complementar a purga ministrada.

As purgas a base de antimônio tartarizado ocorriam principalmente por vômitos, e por cursos (via anal, por fezes), sua principal finalidade, era regular os humores do corpo. Segundo Silva Filho, a teoria humoral era parte indissociável da

compreensão galênica sobre o corpo humano, visto que “a saúde dependia do bom funcionamento dos humores e a doença era o reflexo do seu desequilíbrio, o processo de cura visava buscar a restauração do equilíbrio humoral⁴²”.

No dia 16 de julho de 1792, o enfermo Geraldo Dias de Campos continuou com o tratamento no Real Hospital Militar de Vila Boa, o cirurgião-mor Lourenço Antônio da Neiva havia receitado o medicamento cremor de tártaro⁴³, este sal era ministrado como purgante, o cirurgião havia resolvido continuar com a purga do enfermo. Lourenço Antonio da Neiva, também exercia o ofício de sangrador no hospital, certamente, quem realizava as sangrias era o ajudante de cirurgia (aprendiz de cirurgião) e o enfermeiro-mor do Hospital, que a partir de 1813, foi Francisco da Silva Pimentel.

Conforme Almeida, o ato de sangra/sanjar, era prática entre diferentes culturas, entre diversos tempos e espaços geográficos, “os asiáticos sabiam o valor da sangria e praticavam-na desde tempos mais remotos, técnica esta que possivelmente foi compartilhada com os africanos, que a incorporaram como remédio para diversos males⁴⁴”. Os índios da América portuguesa também “praticaram o sangramento intencional com a aplicação de ventosas córneas, flebotomia e escarificações e, eram feitas na pele dos doentes com o emprego, a modo de escalpelo, do dente de peixe cação⁴⁵”. A sangria como outras práticas, era um saber mestiço, presente em diferentes culturas e aplicados por díspares formas.

No dia 18 de julho, Lourenço Antônio da Neiva aviou para o enfermo Geraldo Dias de Campos o récipe, que continuava o tratamento no hospital, o “cozimento de almeirão⁴⁶ com licor fragar., o bezoartico do curvo⁴⁷ e o cardo-santo”, ministrado para debelar febre, “a triaga magna ou eletuário opiado e nitro depurado⁴⁸”. O cozimento ou decocção é a operação que consiste em fazer ferver uma substância medicamentosa em qualquer líquido, geralmente, emprega-se a “água para esse processo, pois, extrai pela fervura muito maior número de princípios de que pela infusão⁴⁹”. O cozimento do almeirão ou chicória em 5 minutos na dose de 15 g/l de água atuavam nas inflamações intestinais e da mucosa. A raiz seca em decocção em 10 minutos, na dose 40 g/l de água, tem ação depurativa, diurética e anti-inflamatória do fígado e do intestino⁵⁰.

Outro medicamento ministrado por Lourenço Antônio da Neiva ao enfermo Geraldo Dias de Campos no dia 18 de julho de 1792 foi o remédio de segredo Cordeal Bezoartico do médico João Curvo Semedo, o medicamento era receitado como purgante, mas também para debelar as moléstias provenientes de “febres malignas, bexigas, sarampão para todas as doenças que tiver ânsias do coração, delírios, ou pintas e até no veneno⁵¹”. O remédio de segredo Cordeal Bezoartico do médico João Curvo Semedo, tinha sua origem na pedra bezoar, encontrada no estômago dos

ruminantes, conforme Almeida, a pedra bezoar era “conhecida e utilizada na África, no século XV como objeto de adorno e distinção, é aplicada nas Minas, no século XVIII, como medicamento⁵²”. Na África, a pedra bezoar tinha significados mágico-religiosos que também interferiam nas ‘Artes de curar’. João Curvo Semedo “havia recolhido muito do saber acerca das virtudes das ervas da América: butua, quina (do Peru), angélica, entre outras, faziam parte das formulações constantes de seus escritos⁵³”.

A triaga magna ou eletuário opiado também foi receitado ao enfermo pelo cirurgião-mor do hospital no dia 18 de julho de 1792, o medicamento consistia numa panacea: preparação farmacêutica de compacidade mole, composta por pós, polpas ou extratos de vegetais, bem como de substâncias animais ou minerais misturados com açúcar, mel de abelhas ou com vinho. O medicamento era receitado para debelar “diversos venenos (exceto os corrosivos), mas ajudava, a expelir com vômitos, contravenenos de animais peçonhentos, e diversas moléstias do estômago, cólicas, pontadas. Também é potente contra bexigas e sarampão⁵⁴”.

Lourenço ministrou para Geraldo Dias de Campos no dia 18 de julho o medicamento nitro depurado⁵⁵ ou nitro purificado, era também conhecido como nitrato de potassa ou pedra infernal. Era bastante utilizado nas ‘Artes de curar’ como, “hum irritante violento, venenoso no uso interno, e cáustico no externo.⁵⁶ Nos séculos XVIII e XIX, o nitro depurado “he o mais forte cáustico que possuímos, serve para corroer as excrescências fungosas, os lábios calosos das úlceras, as verrugas, as carnosidades das feridas, o vírus cancroso antes d’elle penetrar no sistema⁵⁷”.

Desde o início do tratamento de Geraldo Dias de Campos no Real Hospital Militar de Vila Boa no dia 13 de julho de 1792, o cirurgião-mor iniciou a terapêutica com diferentes purgantes, como o tártaro emético, o tártaro vitriolado (ácido sulfúrico) e o cremor de tártaro. Ministrou no enfermo uma série de medicamentos simples e compostos, e outros medicamentos magistras, que constituíam de remédios cuja fórmula era prescrita pelo cirurgião e manipulada pelo ajudante da botica do hospital. O mesmo récipe de medicamentos ministrados pelo cirurgião-mor do hospital foi localizado no livro *Erário Mineral* publicado em 1735 pelo cirurgião, Luís Gomes Ferreira⁵⁸ como medicamento cordial⁵⁹. Todavia, ao comparar os récipes aviados por Luís Gomes e Lourenço Antônio, constatei algumas pequenas modificações entre a receita de um e outro, as dosagens também eram diferentes de acordo com cada doente e doença.

Lourenço iniciou ministrando remédios purgativos para o enfermo Geraldo Dias de Campos, o cirurgião Luís Gomes também receitou purgativos. Lourenço aviou o cozimento de almeirão (chicória) e Luís Gomes ministrou o cozimento de flores cordiais. Lourenço não receitou o cozimento de flores cordiais, pois, não tinha ou estava em falta entre os produtos e drogas da botica.

Todavia, o cirurgião-mor do Hospital receitou uma decocção como o cirurgião Luís Gomes Ferreira. Lourenço também receitou como Luís Gomes, os medicamentos, cardo-santo, a triaga magna e bezoartico cordeal do médico João Curvo Semedo. Esse cordial receitado por Lourenço Antônio da Neiva ao enfermo, Geraldo Dias de Campos, de acordo com Luís Gomes Ferreira visava debelar a moléstia denominada de “Bexigas” ou varíola.

Segundo Luís Gomes, “deste cordial tenho usado muitas vezes com bom sucesso, além de rebater o humor maligno, é sudorífico e faz ventilar os humores e suar o doente, muito conveniente para saírem as bexigas para fora”⁶⁰. Assim, o militar Geraldo Dias de Campos, estava sendo tratado no nosocômio contra a doença das bexigas ou varíola.

No dia 24 de julho, o cirurgião-mor ministrou novamente o récipe receitados no dia 13 de julho, o tártaro emético e o tártaro vitriolado para efetuar outra vez a purga em Geraldo Dias de Campos, no intuito de evacuar os excessos dos humores que prejudicavam a sua convalescência.

As ‘Artes de curar’ na capitania de Goiás, praticada no Real Hospital Militar de Vila Boa intercalava terapêuticas decorrentes do saber galênico: com a presença das purgas, cozimentos de plantas, e saberes da Iatroquímica e seus desdobramentos na origem da nova ciência química: a partir dos ácidos aplicados como medicamentos e metais pesados, como antimônio, chumbo, mercúrio e de outras substâncias obtidas por processos de decantação, destilação de plantas medicinais. Os tratamentos e terapêuticas a partir das plantas, drogas e medicamentos tinham origem nos quatro cantos do mundo: América, Europa, África e Ásia. Essa farmacologia dos finais do século XVIII e início do século XIX, utilizada no Hospital Militar de Vila Boa se constituiu na farmacologia mestiça.

O récipe receitado por Lourenço Antônio da Neiva ao enfermo Geraldo Dias de Campos no dia 24 de julho, são exemplos dos saberes mestiços, que estavam inscritas “nas receitas médicas [do cirurgião, Lourenço Antônio da Neiva] cuja composição nos mostra a pluralidade de ingredientes, originados em diferentes regiões e culturas, em diferentes tempos e espaços, deixando a representarem-nas ao se constituírem em formas híbridas de enfrentamento das enfermidades⁶¹”. O Real Hospital Militar de Vila Boa foi o *locus*, ou seja, o laboratório destes processos de hibridização e mestiçagens nas ‘Artes e ofícios de curar’ que “adaptavam aos ritmos das transformações sociais, ora lentos, ora rápidos, e aos resultados engendrados, que misturavam formas permeáveis e impermeáveis, inovadoras e tradicionais, acadêmicas e práticas⁶²”.

O militar Geraldo Dias de Campos ficou em tratamento no hospital até o dia 31 de julho, pois, a partir do dia 1º de agosto de 1792 seu nome não estava na lista dos enfermos tratados no

hospital, isto é, no livro de Receitas de remédios do cirurgião-mor. No dia 26, o cirurgião-mor do hospital receitou para o enfermo o récipe “água vienense⁶⁵ e Trociscos de Fioravanti⁶⁴”. A água vienense era um medicamento laxante que havia sido receitado para a evacuação alvina do paciente no sentido de expulsar os excessos de humores. “O Trociscos de Fioravanti⁶⁵ (pílulas ou pastilhas) eram ministrados para debelar as dores estomacais, a varíola provocava fortes dores estomacais nos enfermos⁶⁶”. Além, das dores estomacais provocadas pela ingestão de medicamentos químicos a base de metais pesados.

Os medicamentos aviados pelo cirurgião-mor visavam debelar os principais sintomas da doença da varíola: febre, calafrios, dor intensa nos membros e no estômago, vômitos, suor, delírio, olhos lacrimejantes, forte dor de cabeça, inchaço no rosto e lesões na pele, com sangramentos pelas mucosas e formação de pústulas. Ressalto que as terapêuticas e tratamentos dos enfermos eram aviadas a partir da observação dos sintomas do enfermo, a sintomatologia das doenças era o principal método das ‘Artes de curar’ para debelar as moléstias no século XVIII e XIX.

O dia 28 de julho, último dia que o enfermo recebeu tratamento no hospital, sua terapêutica consistia na mesma aplicada no dia 18 de julho, para debelar a moléstia da varíola e seus sintomas. Após essa data não localizei mais notícias do enfermo na documentação. Não sei se Geraldo Dias de Campos convalesceu ou veio a óbito acometido pela doença das Bexigas. Todavia, o enfermo foi tratado no Real Hospital Militar de Vila Boa pelo cirurgião-mor, Lourenço Antonio da Neiva que fazia as vezes de médico, cirurgião e sangrador no centro da América Portuguesa.

Notas

1. Ribeiro, Lília Paula Teixeira, *A Arquitetura Neopalladina Portuguesa, O Hospital de Santo Antônio (1769-1832)*, Tese (Doutorado em História da Arte), Universidade do Porto, Porto, 2012.
2. No livro de receitas de remédios do cirurgião-mor do hospital, Lourenço Antonio da Neiva, o período que o documento contempla perpassa os anos de 1792 a 1804, porém, o livro está incompleto, consta nos registros do livro os tratamentos e terapêuticas até fins de novembro de 1799.
3. Pinheiro, Antônio César Caldas, *Um capitão-mor marchante e dois cirurgiões-mor em Vila Boa de Goiás*, 2010 (Digitado)
4. Lemke, Maria, *Trabalho, família e mobilidade social - notas do que os viajantes não viram em Goiás. c.1770- c. 1847*, Tese (Doutorado em História), Goiânia, Programa de Pós-graduação em História, Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, 2012.
5. Ferreira, Roberto Guedes, “O vigário Pereira, as pardas forras, os portugueses e as famílias mestiças. Escravidão e vocabulário social de cor na Freguesia de São Gonçalo (Rio de Janeiro, período colonial tardio)”, in Fragoso, João, Gouvêa, Maria de Fátima (orgs.) *O Brasil Colonial (1720-1821)*, Vol. 3, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2014, p. 421.
6. Lemke, Maria, *Trabalho, família e mobilidade social...*, p. 226.
7. 05.01.05, Cx. 178, *Assuntos diversos*, (1778-1822), Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda. Museu das Bandeiras, Cidade de Goiás, Doravante MUBAN.
8. 05.02.004, Cx. 234, *Livro de Praças Militares, Companhia Dragões I (1785-1805)*, Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda, MUBAN, Cidade de Goiás.
9. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas minas setecentistas*, São Paulo, Annablume, 2010.
10. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 36.
11. Correia, Severino do Ramo; Monteiro, Maria Amélia, “Saberes Negros-Indígenas na Colônia Imperial”, in *Anais eletrônicos do 15º Seminário Nacional da Ciência e da Tecnologia*. Florianópolis, 2016, p. 2.
12. Abreu, Jean Luiz Neves, *Nos Domínios do Corpo, o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, p. 26.
13. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 32.
14. Lourenço Antônio da Neiva recebeu a Carta Patente de cirurgião-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa no ano de 1791, de acordo com a fonte AHU_ACL_CU_008, Cx. 38, D. 2364, Lisboa, 4 de fevereiro de 1791, *CARTA PATENTE da rainha D. Maria I, confirmando Lourenço Antônio da Neiva no posto de cirurgião-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa*.
15. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 32.
16. Pimenta, Tânia Salgado, “Barbeiros-sangradores e curandeiros no Rio de Janeiro (1808 -1828)”, in *História, Ciências e Saúde, Manguinhos*, vol. V (2): 349-372, jul. - out., 1998, p. 53.
17. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 23.
18. AHU_ACL_CU_008, Cx. 37, D. 2280. Vila Boa, 11 de setembro de 1788, *OFÍCIO [governador e capitão-general de Goiás], Tristão da Cunha Menezes, à rainha [D. Maria I], sobre as tentativas para reduzir as despesas do hospital militar de Vila Boa*.
19. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 49.
20. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 49.
21. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 87.
22. Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui, “A arte farmacêutica no século XVIII, a farmácia conventual e o inventário da Botica do Convento de Nossa Senhora do Carmo (Aveiro)”, in *Ágora, Estudos Clássicos em Debate*, 2012, p. 229.
23. Pita, João Rui, *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*, Lisboa, Minerva, 1996.
24. Pita, João Rui, *Farmácia, medicina...*, p. 237.
25. Pita, João Rui, *Farmácia, medicina...*, p. 236.
26. Fonte Ordens Régias 1802, *Dezessete Caixotes de Medicamentos para provimento da botica do Real Hospital Militar de Vila Boa*, Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda, MUBAN, Cidade de Goiás.
27. Devido as limitações de páginas deste capítulo, irei demonstrar o tratamento e terapêutica do enfermo militar, Geraldo Dias de Campos aviadado no livro de receitas de remédios do cirurgião-mor. Geraldo Dias de Campos ficou em tratamento no Real Hospital Militar de Vila Boa por quase 30 dias. Neste livro, podemos acompanhar o dia-a-dia das terapêuticas e tratamentos de diferentes enfermos.

Notas

28. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 60.
29. *Plano do Regulamento do Hospital Militar da Província de Goiás*, Império do Brasil, Província de Goiás, Livro de Registro de Documentos. 1822-1825. N° AHE/00103, Goiânia, 2007, Arquivo Histórico Estadual de Goiás, Goiânia.
30. *Plano do Regulamento do Hospital Militar da Província de Goiás...*, pp. 60-63.
31. *Plano do Regulamento do Hospital Militar da Província de Goiás...*, p. 61.
32. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 61.
33. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 86.
34. Não adentrei na análise das dosagens de todos os récipes/receitas aviadas pelo cirurgião-mor Lourenço Antonio da Neiva, essas dosagens de cada substância que compunha o medicamento se encontram descritas nos récipes do livro de receitas de remédios do cirurgião.
35. O cirurgião-mor Lourenço Antonio da Neiva não especificou no livro de Receitas de remédios as Companhias Militares (Dragão ou Pedestres) que pertenciam os militares em tratamentos, com exceção de alguns Pedestres.
36. 05.01.003. Cx. 198, *Receitas de remédios do cirurgião mor do hospital, Lourenço Antonio da Neiva (1792-1804)*, Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda, MUBAN, Cidade de Goiás.
37. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 59.
38. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 63.
39. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionaes e estrangeiras, excepto a geral destes reinos, citadas nos regimentos dos pharmaceuticos portugueses*, Lisboa, 1833, p. 9.
40. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionaes e estrangeiras...*, pp. 65-66.
41. Veloso, Fr. José Marianno da Conceição, *Alographia dos alkalis fixos, Vegetal ou Potassa, mineral ou Soda e dos seus nitratos*, Lisboa, 1808, p. 30.
42. Silva Filho, Wellington, *Entre as mezinhas lusitanas e plantas brasileiras, Iatroquímica, galenismo e flora medicinal da América portuguesa do século XVIII nas farmacopeias do frei João de Jesus Maria*, Tese (Doutoramento em História e Filosofia das Ciências), Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.
43. Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão, *Dicionário de Medicina Popular*, Vol. 1, 6ª edição, Paris, A. Roger & F. Chernoviz, 1890a.
44. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 35.
45. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 35.
46. Grandi, Telma Sueli Mesquita, *Tratado das Plantas Mediciniais, mineiras, nativas e cultivadas*, Belo Horizonte, Adaequatio Estúdio, 2014.
47. Trata do remédio de segredo, Bezoartico Cordeal preparado pelo médico João Curvo Semedo. De acordo com Marques, Semedo foi o famoso preparador de remédios de segredo, que eram remédios singulares cujos componentes não se revelavam a ninguém, ver, Marques, Vera Regina Beltrão, "Medicinas secretas, magia e ciência no Brasil Setecentista", in Chalhoub, Sidney (org.), *Artes e Ofícios de Curar no Brasil, capítulos de história social*. Campinas, Ed. Unicamp, 2003, p. 166.
48. Fonte 05.01.003. Cx. 198, *Receitas de remédios do cirurgião mor do hospital, Lourenço Antônio da Neiva (1792-1804)*, Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda, MUBAN, Cidade de Goiás.
49. Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão, *Dicionário de Medicina Popular...*, p. 745.
50. Grandi, Telma Sueli Mesquita, *Tratado das Plantas Mediciniais...*, p. 411.
51. Semedo, João Curvo, *O Compêndio dos Segredos Mediciniais ou Remédios Curvianos*, Lisboa, s.e., 1783.
52. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 75.
53. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 88.
54. Leite, Serafim, *Collecção de Varias Receitas e Segredos Particulares das principaes boticas da nossa companhia de Portugal*, Lisboa, 1766.
55. *Pharmacopeia Geral para o Reino e Domínios de Portugal*, Vol. II, Lisboa, Regia Oficina Tipográfica, 1794, p. 183[verbete: nitro purificado].
56. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionaes e estrangeiras...*, pp. 312-313.
57. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionaes e estrangeiras...*, pp. 312-313.
58. Sem dúvida, o cirurgião-mor do RHMVB, Lourenço Antonio da Neiva, utilizava como referência o livro *Erário Mineral*, de Luís Gomes Ferreira, publicado em 1735, e muitos outros 'Tratados de Medicina' publicados e traduzidos para o português, nos séculos XVII e XVIII, como o caso da *Pharmacopeia Geral*

LOURENÇO ANTÔNIO DA NEIVA

do Reino, publicada em 1794 e enviada em dois livros para a botica do Real Militar, no ano de 1802, ver quadro 10. Certamente, Lourenço Antônio da Neiva ministrava medicamentos se baseando ou auxiliando nesses Tratados de Medicina, prática extremamente corriqueira, que, aliás, muitos médicos e cirurgiões da atualidade ainda fazem, a busca nos manuais de medicina.

59. Medicamento cordial é aquele que ativa a circulação sanguínea, que restaura as forças e robustece o enfermo.

60. Furtado, Júnia Ferreira (org), in Ferreira, Luís Gomes, *Erário Mineral*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002, 821, p. 357.

61. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 49.

62. Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça...*, p. 49.

63. *Pharmacopeia Geral para o Reino e Domínios de Portugal*, Vol. II, Lisboa, Regia Oficina Tipográfica, 1794.

64. 05.01.003, Cx. 198, *Receitas de remédios do cirurgião mor do hospital, Lourenço Antonio da Neiva (1792-1804)*, Fundo Brasil Colônia, Arquivo Real Fazenda, MUBAN, Cidade de Goiás.

65. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionais e estrangeiras...*, p. 64.

66. Cabral, B. J. O. T, *Pharmacopea das pharmacopeas nacionais e estrangeiras...*, p. 505.

Entre os gestores e os doentes: trabalhar nos hospitais das Misericórdias portuguesas (séculos XVII–XIX)

* Universidade do Minho.
Lab2PT

** Universidade Católica
Portuguesa. Universidade
do Minho. Lab2PT

Introdução

A maioria dos hospitais portugueses existentes entre os séculos XVII e XIX pertenciam e eram administrados pelas Misericórdias. Surgidas em finais do século XV, com a fundação em 1498 da de Lisboa, estas instituições tinham entre as 14 obras de misericórdia uma dedicada ao tratamento dos doentes, encontrando-se em segundo lugar nas obras corporais. Nem todas estas confrarias tiveram ao longo do período em estudo hospitais próprios, mas nem por isso deixaram de praticar esta obra de misericórdia, pois a maioria operava com duas modalidades: internava os enfermos nos hospitais ou curava-os em casa. Quem não dispunha de hospital, auxiliava no domicílio. Porém, a realidade não é tão simples como pode parecer, pois as detentoras de hospitais seguiam normalmente estas duas modalidades. Também, por exemplo, quando não dispunham de enfermarias para os convalescentes, o que se verificava em muitos hospitais nos séculos XVII e XVIII, ofereciam esmolas para estes se acabarem de tratar em suas casas, ao mesmo tempo que eram visitados pelos irmãos. Deve ainda sublinhar-se a enorme diversidade existente entre os hospitais no que toca à sua dimensão, à capacidade de curar e à dotação de profissionais de saúde e de outros assalariados que neles trabalhavam, designadamente os criados ou cozinheiros, para falarmos apenas em alguns relacionados com o tratamento do corpo. Mas os hospitais do arco temporal em estudo cumpriam outra importante função, pois tratavam das feridas da alma, através do capelão, ou, em alguns casos, dos vários capelães existentes.

Como a análise se faz na longa duração, as alterações sofridas são dignas de menção, quer no tocante aos complexos hospitalares, quer ao saber médico, à formação de alguns profissionais de saúde, quer ainda à atenção conferida pelas Misericórdias a este setor. Se no século XVII e em parte no XVIII, os maiores cuidados repousavam no setor espiritual e na salvação da alma, no período seguinte, as mudanças fizeram-se sentir em muitos setores da vida hospitalar, embora só nas grandes instituições se conheçam transformações que conduziram ao surgimento do hospital moderno¹. Assim, a par das mudanças, constataremos as permanências em vários setores do mundo hospitalar.

Neste trabalho pretendemos analisar e discutir o exercício das profissões no setor hospitalar, conferindo particular visibilidade aos que se ocupam do tratamento do corpo, mas também da saúde da alma. Como interagiam de perto com os administradores, recordamos também a gestão destas instituições. Instituições que privilegiavam essas duas componentes, os hospitais integravam assalariados nestes dois grupos de atuação, embora contassem também com trabalho voluntário. Assim, para além dos médicos, cirurgiões, boticários, enfermeiros, hospitaleiros, cozinheiros, porteiros, lavadeiras e criadas, temos ainda capelães e coveiros,

entre outros. Isto é um leque de homens e mulheres, alguns com competências certificadas como os médicos e os capelães, de outra forma os cirurgiões e os boticários, o que se alterará no século XIX, e outros somente com o saber prático e qualidades pessoais especiais de boa reputação, amor, caridade e disponibilidade para o serviço. Em oitocentos surgiram várias alterações no tocante, por exemplo, aos setores da cirurgia e da enfermagem, como teremos ocasião de analisar.

Considerada a diversidade das situações existentes, neste trabalho não conseguimos fazer uma análise exaustiva. Pretendemos somente contribuir para um melhor conhecimento das equipas de trabalho no setor hospitalar.

As Misericórdias e o tratamento da doença: os hospitais

Como referimos, embora a maioria dos hospitais pertencesse às Misericórdias, existiram alguns particulares e públicos que não lhes estavam associados, embora quase todos acabassem por transitar para a sua administração². O processo de incorporação dos hospitais nas Santas Casas começou bem cedo, conhecendo-se maior aceleração a partir de 1559. Este movimento teve como consequência o reforço da base financeira das referidas confrarias³, mas igualmente um aumento de responsabilidades. A incorporação, conhecida já para os primeiros anos de quinhentos, expressa a vontade clara da Coroa em fortalecer as Misericórdias, através de rendimentos que facilitavam o seu programa de atuação e permitiam a consolidação da sua posição no campo assistencial. O movimento de incorporação integrou toda a tipologia hospitalar e esteve intimamente associado à Coroa. Deve ser analisado num pano de fundo mais lato em que se integra o surgimento das Misericórdias, o aparecimento de um conjunto de regimentos ligados a instituições de assistência e, segundo Laurinda Abreu, a promulgação de leis no campo da saúde, visando o combate às epidemias⁴.

Esta incorporação manteve-se ao longo da centúria seguinte, alargando o campo de intervenção das Santas Casas, o que permitiu também em setecentos a receção de vários legados associados ao tratamento do corpo.

Com o século XVIII cresceu a importância conferida ao corpo, o que se sente nos hospitais, nas confrarias que os geriam, mas sobretudo na maneira como a ciência encarava a doença⁵. Ribeiro Sanches na sua obra “Tratado da Conservação da Saúde dos Povos” recomendava aos Estados que trabalhassem para a conservação da saúde das populações, indicando as áreas em que este devia atuar. Nas muitas reflexões que produziu sobre as doenças e a cura,

dedicou uma parte aos hospitais. Deles, traçou um panorama muito desolador, afirmando ser a taxa de mortalidade maior nos de maior dimensão, o que o levava a defender instituições mais pequenas⁶. Na análise feita enquanto médico e doente, o autor elaborou uma proposta para alterar o sistema hospitalar, o qual devia operar com a separação dos doentes, conferindo melhores condições de tratamento e de cura⁷. Ribeiro Sanches foi muito crítico relativamente ao funcionamento dos hospitais. Defendeu uma outra arquitetura hospitalar, a localização dos hospitais em lugares salubres, a existência de janelas grandes e altas nas enfermarias, do que permitiria a entrada do ar sem prejudicar os doentes. Não se cansou de defender a higienização dos espaços, dos móveis e das roupas, invocando a limpeza diária das enfermarias como fatores decisivos no tratamento da doença e na conservação da saúde⁸.

Este movimento higienista, que tinha como eixo principal a preocupação com a preservação da saúde, ganhou terreno juntos das elites e fez-se sentir em Portugal a um ritmo mais lento que noutros países europeus.

No século XIX, a realidade alterou-se um pouco e algumas Ordens Religiosas e confrarias fundaram os seus hospitais, embora não pusessem em causa a supremacia das Misericórdias neste campo, tão relevante da vida das populações. Servimo-nos somente de alguns exemplos para se entender à mutação em curso. Em Coimbra a Ordem Terceira de São Francisco fundou um hospital para os seus irmãos⁹, enquanto em Braga, a confraria de Santa Cruz erigiu para os seus membros também um centro hospitalar, numa cidade em que apenas existia um hospital, o de São Marcos¹⁰. Este último hospital acabou por encerrar portas. A confraria dos clérigos do Porto fundou também um hospital destinado aos seus irmãos¹¹. Eram, por conseguinte, fundações muito distintas dos hospitais das Santas Casas, por apenas receberem os seus confrades, o que não acontecia nos das Misericórdias.

A par destas instituições, também os particulares fundaram hospitais, assumindo os “brasileiros” um papel relevante em várias comunidades, principalmente no Minho¹².

Surgiram igualmente instituições especializadas no tratamento à doença, quer em Lisboa, com o hospital de Rilhafoles, em 1848, quer no Porto, com o do Conde de Ferreira, em 1883, instituído na Misericórdia do Porto, através de um legado de um emigrante no Brasil, que lhe dá o nome¹³. Estes hospitais configuram uma nova visão sobre a loucura, o que de resto se fazia sentir na Europa, e demonstram também o avanço da ciência médica, no caso da Psiquiatria.

Para além destes hospitais, foi também no século XIX que se conhecem em Portugal os hospitais militares e o funcionamento temporário de hospitais de campanha, montados durante os períodos de guerra e de epidemias.

As equipas de trabalho

Estatutariamente, as Misericórdias portuguesas operavam com um regime de voluntariado praticado pelos irmãos, o que se estendia também aos hospitais, embora neles a presença dos confrades se limitasse à gestão e à vigilância do funcionamento. Assim, na maioria destes institutos a administração era feita pelos confrades ou membros de gestão da instituição que os tutelava, no caso das ordens religiosas, no século XIX. Temos, portanto, duas categorias de pessoas a trabalhar nos hospitais: os gestores e os assalariados. No caso dos hospitais das Misericórdias, a modalidade de gestão dependia das opções tomadas em função da sua dimensão. Quando eram pequenos, o que se verificava na grande maioria, eram os próprios mesários que administravam o hospital, e, normalmente, também não existia um regulamento próprio, a unidade de saúde era governada pelo compromisso. Os maiores tinham administração própria, composta por um provedor, que no século XIX ganha em alguns casos o nome de diretor, e um tesoureiro para tratar das questões financeiras, ou ainda outros homens, de acordo com o que se entendia ser necessário. Em todos eles existiam outros mesários que seguiam de perto o que se passava na unidade hospitalar, visitando-a diariamente para assistir principalmente às refeições e a outros atos. Constituíam um reforço da direção hospitalar, mas simultaneamente um mecanismo de vigilância. Os irmãos estavam impossibilitados de receber qualquer gratificação pelos seus serviços, por se entender que esta seria apenas espiritual e recebida após a morte. A prática das obras de misericórdia reverteria um dia em seu favor, contribuindo para a salvação das suas almas. Todavia, sabemos que nem todas cumpriam os seus compromissos neste particular e pagavam salário a alguns dos seus membros que cumpriam certas funções, como acontecia, por exemplo, com os cirurgiões, os médicos ou mesmo os capelães¹⁴. Devido às exigências que se colocavam ao tratamento de doentes, os hospitais contratavam os assalariados considerados necessários, dependendo o seu volume da capacidade financeira da instituição e do trabalho a realizar. As que possuíam hospitais de maior porte registavam um número mais volumoso de colaboradores mediante um salário. Com o passar do tempo e o crescimento destas instituições, a necessidade de mais prestadores de serviços cresceu nos diversos setores de atividade¹⁵. O mesmo se verificava em tempo de epidemias e de guerras.

A existência destes assalariados estava dependente da capacidade de internamento do hospital, mas não só. Alguns deles, principalmente nos mais pequenos, que não dispunham de médicos nos seus hospitais, serviam-se dos de partido das Câmaras locais para tratar os seus doentes¹⁶. Esta situação estava normalmente consignada num acordo entre as duas instituições e o assalariado e

manteve-se durante longos séculos, devido à escassez de médicos¹⁷. Eram também estes médicos que tratavam das populações nos Municípios em que não existia um hospital, como se verificava, por exemplo, na Póvoa de Lanhoso, no século XIX e até 1917, quando um “brasileiro” edificou um hospital na vila, sendo onze anos mais tarde fundada uma Misericórdia para o administrar¹⁸.

O facto de várias Misericórdias recorrerem a estes médicos para curar os internados nos seus hospitais, resultou vantajosa em alguns casos, por não terem de lhes pagar um salário, uma vez que tratavam dos pobres concelhios internados.

Para além dos motivos aduzidos, os assalariados hospitalares dependiam ainda da procura dos serviços de saúde, o que se traduziu no aumento da capacidade de internamento nos séculos XVIII e XIX. Em várias vilas e cidades, muitas Misericórdias procederam a obras de remodelação dos seus complexos hospitalares, como se observou, por exemplo, em Braga, dotando o hospital de São Marcos de melhores condições de funcionamento, e tendo-se assistido ao longo de setecentos de vários programas de obras em que trabalharam alguns dos melhores arquitetos: Vilalobos e Carlos Amarante, enquanto outras optaram por criar de raiz novos hospitais. Assim aconteceu em Viseu, cidade em que a opção foi fundar um novo hospital¹⁹. O mesmo se verificou no Porto, com a fundação do hospital de Santo António²⁰. Em várias localidades optou-se ainda por uma terceira via, aumentando a capacidade de tratamento e internamento através dos imóveis que o Estado disponibilizou após o encerramento das Ordens Religiosas e a apropriação do seu património²¹. Esta estratégia não foi usada por várias Misericórdias, porque as obrigava a deixar o local de origem, motivo invocado em alguns casos para justificar a permanência, quando surgiam críticas sobretudo em momentos de epidemias, como aconteceu com a cólera ou a febre tifoide²². Outras, aceitaram esse património, mudaram-se das velhas instalações para complexos maiores e alargaram a sua capacidade de ação²³.

Como referimos, trabalhar num hospital exigia um contrato entre as partes, normalmente elaborado num tabelião. Cada Misericórdia criou memória dessa realidade de forma distinta. Nos arquivos de algumas não existe, noutros abunda em livros de atas e em livros de lembranças. Procurando-se também os livros dos notários pode encontrar-se preciosa informação sobre esses contratos, as obrigações e os salários a auferir por cada assalariado. Também este aspeto se foi alterando. Se nos séculos XVI, XVII e XVIII, os salários eram mistos, ou seja, pagos em espécie e em cereais, no século XIX passam progressivamente a ser pagos em dinheiro, ainda que em certas profissões os cereais se mantivessem.

Dentro de um hospital existia, como existe, para o setor da cura do corpo uma hierarquia de funções, encontrando-se no topo os médicos, seguidos dos cirurgiões, dos sangradores, dos enfermeiros e/ou hospitaleiros, do cozinheiro/a, porteiro, das

criadas/os e das lavadeiras, entre outros. Os mais importantes eram sem dúvida os médicos, pessoas formadas na Universidade e os únicos até ao século XIX em Portugal com saber teórico, complementando-o com a prática diária na clínica médica²⁴. O poder central tinha investido na formação médica, dotando-os de uma componente teórica fundamental para a prática assistencial. Mas na Idade Moderna, os profissionais de saúde tinham principalmente uma formação prática, decorrente da aprendizagem que iam fazendo com os mestres²⁵. Esta realidade acontecia nos grandes hospitais ou nos de média dimensão, onde os cirurgiões tinham aprendizes, bem como os sangradores. Os rapazes que os acompanhavam iam adquirindo um saber prático que os levava a aprimorarem técnicas de tratamento até alcançarem o patamar de realizar um exame específico para poder exercer a arte. Esse exame devia ser realizado perante o físico-mor ou quem ele designasse, o que acontecia nos representantes locais. Só após a sua aprovação no exame, os candidatos obtinham licença para poder exercer a profissão²⁶.

Enquanto os médicos tratavam de questões associadas à medicina, os cirurgiões ocupavam-se das questões da cirurgia, devendo ambos visitar os doentes conjuntamente, como estabeleciam os regulamentos hospitalares. Embora com funções distintas, os regulamentos preveem uma postura conjunta na avaliação dos internados, obrigando os dois a visitar em simultâneo o doentes, cabendo a cada um prescrever o que consideravam mais apropriado para os enfermos, quer em termos de tratamento, quer em termos de receituário, quer ainda no setor alimentar.

O período em análise foi marcado pela presença de várias epidemias, o que obrigou os hospitais a tomar medidas suplementares e a contratar mais profissionais de saúde, quase sempre apenas durante o período de vigência. Também as guerras levaram a reforço dos assalariados e mesmo à criação de estruturas sanitárias onde não existiam ou em localidades em que as existentes não conseguiam responder com eficácia. Recordar-se que os hospitais militares em Portugal só surgem no século XIX e que até então, os militares eram tratados maioritariamente nos hospitais das Misericórdias, todavia foi em alguns locais foi necessário montar hospitais de campanha, principalmente para responder a situações de epidemia, como se verificou em Vila Viçosa na segunda metade do século XVIII, com uma epidemia de tifo. Apesar de a vila estar dotada de um hospital de médio porte e de nele tratar desde o século XVII militares, nessa ocasião, houve necessidade de instalar um hospital de campanha no castelo. Recorde-se também que mesmo após o surgimento dos hospitais militares, muitos soldados e oficiais continuaram a ser curados nos hospitais das Santas Casas ao longo de oitocentos.

Sempre que existiam surtos epidémicos, os centros urbanos procuravam responder de forma mais eficaz e retiravam dos

hospitais existentes esses doentes, pois o perigo de contágio era enorme. Em Braga, no surto de cólera de 1855, o hospital de São Marcos internou muitos doentes, mas não sendo capaz de tratar todos, foi preciso erigir um hospital destinado a estes enfermos, tendo sido desmantelados após debelada a doença²⁷.

Se nos séculos XVII e XVIII, a peste bubónica, o tifo, a varíola, a tuberculose, a febre amarela foram doenças que estiveram muito presentes na vida das populações, tal como a sífilis, em oitocentos, algumas delas mantiveram-se com grande virulência, como aconteceu com a tuberculose, o tifo e a varíola, mas atacaram também a cólera, a raiva, a malária, entre outras²⁸.

Após a grande peste de 1599, que se estendeu em muitos locais até aos primeiros anos da centúria seguinte, Portugal viveu alguns anos de acalmia, mas rapidamente as epidemias regressaram, vindas algumas do Norte de África, que passadas ao sul de Espanha, galgaram a fronteira portuguesa, como se verificou nas décadas de 30 e 40 de seiscentos²⁹. A peste bubónica, o tifo e a malária atacavam mais no Verão, enquanto a gripe e as doenças pulmonares, como a bronquite e a pneumonia se faziam sentir com maior intensidade no Inverno³⁰. Outras pestes foram conhecidas na segunda metade do século XVIII, algumas delas, como anteriormente acontecia, estavam associadas a más colheitas e a fomes, como se constatou em finais da década de 70. Em menor número, as epidemias do século XVIII foram ainda sentidas com forte incidência nos hospitais e causadoras de muitas mortes. A tuberculose, a varíola e a peste bubónica continuaram a amedrontar as populações e a obrigar a medidas sanitárias de emergência.

Logo que se tinha notícia de que a epidemia estava a caminho e se temia a sua chegada, os Municípios nomeavam o guarda-mor da saúde, para, em articulação com o poder central, de onde eram emanadas diretivas, atuar para conter a doença³¹.

As enfermidades podiam atingir todos, mas os pobres estavam mais sujeitos a contraí-las devido à precariedade que os caracterizava. Como os hospitais eram na Idade Moderna para pobres, a incidência das epidemias fazia-se sentir fortemente. Sublinhe-se, contudo, que a partir da segunda metade do século XVIII alguns hospitais começaram a receber doentes que pagavam o seu tratamento, mediante o estabelecimento de um preço para o efeito³². Em oitocentos, às diferentes classes de enfermos correspondiam preços também diferenciados e mesmo os hospitais mais pequenos funcionavam com quartos particulares³³, embora os hospitais continuassem a ser para pobres. A análise dos preços praticados nos hospitais das Misericórdias aponta para situações díspares, como se comprova para os do Alto Minho³⁴.

Neste século cresceu de forma assustadora a tuberculose, mas surgiu de forma brutal a cólera, que revisitou o nosso país por diversas vezes, como a febre tifoide, a febre amarela e a varíola, o

que levava as populações a viverem em sobressalto permanente. Todavia, convém sublinhar que ainda no século XVIII foram conhecidas as primeiras vacinas, concretamente para a varíola, mas em algumas localidades a resistência das populações era grande, mormente o trabalho intenso de alguns médicos para as convencer das suas vantagens³⁵. Estas doenças atingiam principalmente os pobres, devido a comportamentos com poucas regras, mas muito particularmente às condições de vida marcada pela falta de recursos³⁶. Por conseguinte, algumas doenças eram conotadas com a pobreza e os pobres eram considerados os responsáveis pela sua propagação³⁷.

Os efeitos destas epidemias nos hospitais eram tremendos. Se durante os períodos considerados normais se encontravam sempre com a capacidade máxima preenchida, em momentos de epidemias instalava-se o caos. Em 1769, a cidade de Braga foi abalada por uma forte epidemia que se arrastou para o ano seguinte, cansando efeitos brutais no hospital de São Marcos. As fontes descrevem febres malignas, mortes sumárias e gente muito assustada com a situação. No hospital, as enfermarias encheram-se, os doentes transbordaram para os corredores e para todos os lugares onde se podiam colocar camas. Estavam deitados dois por leito, pois não existia mais nenhum sítio para os colocar. A mortalidade diária era elevada, ascendendo em alguns dias a seis doentes, o que era entendido como uma grande fatalidade. E como facilmente se compreende, o contágio alastrou-se aos cuidadores: enfermeiros, enfermeiras, capelães e mordomos contraíram a doença e sucumbiram. De tal forma a incidência e o medo eram grandes que não existiam candidatos para substituir os cuidadores falecidos. Também na cidade, os doentes eram fator de temor, morrendo muitos com pouco amparo, por ninguém os desejar assistir³⁸. Sem conseguir tréguas da doença, que visitou várias vezes a cidade, a população laica e religiosa procurou o divino e em manifestações de piedade popular organizou, sob o poder do arcebispo, procissões, orações, vigílias, colocando-se atrás dos santos, rezando e cantando na esperança de aplacar a doença.

Os doentes eram tratados por vários cuidadores. Começamos pelos médicos, por serem até ao século XIX os mais qualificados. Eram formados na Universidade de Coimbra ou no estrangeiros, alguns obtiveram em Salamanca a sua formatura, tornando-se nos hospitais portugueses uma exceção. Esta situação só se alterou no século XIX com a fundação das nomeadas Escolas Médico Cirúrgicas de Lisboa e Porto, em 1836, depois de fundadas em 1825, com a designação de Escolas Régias de Cirurgia do Porto e de Lisboa. A Medicina portuguesa ganhou um novo fôlego com a entrada em funcionamento destes dois estabelecimentos de ensino, pois permitiu dar uma formação muito mais sólida aos cirurgiões³⁹.

Mas se estas instituições promoveram um avanço nos cuidados de saúde, a realidade é que Portugal continuava muito carente de

médicos. Em vários hospitais eles não existiam, por falta destes profissionais, mas também pela incapacidade de lhes pagar ou ainda devido ao movimento hospitalar ser reduzido. Era o cirurgião o responsável pelos cuidados médicos e pelos de cirurgia, o que acontecia nos de pequena dimensão, e para que se consiga avaliar a representação desta escala, referimos que em 1784 quando a Misericórdia de Ponte da Barca fundou um hospital, dotou-o de duas camas⁴⁰, número muito limitado, embora esta situação não seja apanágio desta Misericórdia do Alto Minho. Este quadro contrasta com o grande hospital de Todos os Santos, que contava em 1715 com 19 enfermarias.

Noutros, a existência de médicos ocorreu logo no começo do século XVI⁴¹, o que se verificava nos de grande dimensão. Quando existia mais do que um médico num hospital, verificou-se também que em alguns períodos por falta de verbas, havia quem fosse dispensado com a justificação de não ser necessário. O que se verificava na prática era que a sua presença era precisa e, por isso, as tarefas que lhes estavam cometidas eram desempenhadas por um outro colega em acumulação ou eram delegadas no cirurgião. Após a passagem das dificuldades financeiras, os contratos eram realizados novamente.

Para tratarem de questões relacionadas com a cirurgia, os hospitais tinham os cirurgiões, um ou mais de acordo com as suas necessidades. Como não existia ensino público destinada à sua formação, aprendiam nos hospitais onde havia um mestre encarregue de lhe ministrar conhecimentos teóricos sobre cirurgia e anatomia, complementados com trabalhos práticos. Assim acontecia no hospital de Todos os Santos desde cedo, como em outros⁴². Após o tempo previsto de aprendizagem, os alunos submetiam-se a uma exame feito por professores com competências para os examinar, delegadas pelo cirurgião-mor do reino. Esta formação permanecerá até ao início do século XIX, como verificámos, quando estes profissionais passaram a ter preparação superior e a ombrear com os médicos em termos teóricos. Apesar disso, continuavam a ser considerados inferiores aos médicos.

Os sangradores estavam encarregues de fazer sangrias e aplicar bichas ou sanguessugas. Estes profissionais não possuíam qualquer formação teórica para o exercício da profissão. Aprendiam-na através da prática, junto dos mestres nos hospitais, fazendo posteriormente um exame para exercer profissionalmente. Deviam ser hábeis no uso da lanceta e na aplicação das sanguessugas e principalmente cumprir as ordens dos médicos e dos cirurgiões. O número por hospital dependia da sua capacidade de internamento, podendo existir mais do que um, ou nenhum e neste último caso ser chamado e pago apenas pelos serviços que prestava. Normalmente, os sangradores tinham um contrato com a Misericórdia, mas podiam também ser remunerados apenas quando chamados. Nos hospitais de maior capacidade, como no

de Todos os Santos, Évora, Braga entre outros, ensinava-se esta profissão dentro do hospital, onde os aprendizes chegavam com os mestres e iam treinando na arte de sangrar. Permaneceram nos hospitais século XIX e neles se mantiveram até ao momento em que o avanço das práticas de saúde os fizeram desaparecer.

Médicos, cirurgiões e sangradores não trabalhavam em exclusividade nos hospitais. Todos estes profissionais de saúde faziam clínica privada, indo a casa dos doentes com possibilidades económicas cuidar e tratar. Tinham também a particularidade de após serem aceites num hospital, se manterem no cargo durante muitos anos, a não ser que saíssem por sua vontade ou fossem expulsos. Estes lugares eram muito apetecidos, porque proporcionavam a prática clínica em contexto hospitalar. Por isso mesmo, eram também muito concorridos, o que levava os interessados a trabalhar gratuitamente, por vezes, durante anos, para posteriormente, quando vagasse um lugar, serem aceites. Esta realidade vai manter-se até ao século XIX em vários hospitais, momento em que começam a formar-se mais médicos e cirurgiões.

Os enfermeiros assumiam um lugar de destaque nos hospitais, por viverem neles e estarem em constante ligação com os enfermos, todavia, como refere Maria Antónia Lopes o conhecimento que se possui deste ramo profissional é muito limitado e nem sempre verdadeiro⁴³. É ainda necessário referir que houve alterações no século XIX, mas até então, as enfermeiras e os enfermeiros dos hospitais das Misericórdias eram maioritariamente leigos, surgindo nesta centúria os religiosos, mas em número muito escasso de hospitais. O estudo dos contratos feitos com estes servidores demonstra muito claramente que eram pessoas de estratos sociais muito baixos, por vezes ligados ao mundo dos ofícios e que não raras vezes os exerciam no hospital nas horas vagas, ou em sua casa, quando residiam perto⁴⁴. Esta situação é tão verdadeira para os homens, como para as mulheres. Estas eram frequentemente donas de casa, encontrando-se muitas vezes carregadas de filhos, mantendo-os em certas ocasiões a seu lado no hospital, ainda que nem sempre tivessem autorização para isso. Ou seja, até ao fim do século XIX quando surgem as primeiras escolas de enfermagem, a preparação dos enfermeiros não era nenhuma. No caso das mulheres, muitos não sabiam ler nem escrever, o que as tornava dependentes dos homens enfermeiros, pois normalmente dominavam a escrita, para compreender as receitas dos médicos e cirurgiões.

Enfermeiros e enfermeiras, hospitaleiros e hospitaleiras residiam no hospital, contrariamente aos outros cuidadores, para estarem totalmente disponíveis para atender os doentes. O mesmo acontecia na Idade Moderna com o capelão.

Seguindo o que estava a acontecer em alguns locais da Europa, em finais de oitocentos, a falta de preparação dos enfermeiros levou ao aparecimento de escolas públicas e privadas para os

munir de competências, numa altura em que se colocavam novas exigências à saúde pública. As “primeiras tentativas” conheceram-se em Coimbra em 1861 e em Lisboa em 1886. Depois, foram criadas no Porto em 1896 e em Braga em 1911⁴⁵. O seu surgimento acontece num período conturbado da política nacional, com a mudança do regime político da Monarquia para a República, o que teve repercussões em alguns hospitais⁴⁶.

Normalmente, os enfermeiros formavam um casal, mas nem sempre isso se verificou. As Misericórdias apostavam na contratação de casais; o homem para servir nas enfermarias masculinas e as mulheres nas femininas, mas a realidade mostra que, por vezes, havia homens solteiros a trabalhar como enfermeiros e mulheres viúvas como enfermeiras. A preferência por casais estava associada à preservação da moral e à imagem que o hospital deveria passar em tempo de Contrarreforma, todavia, esta última foi posta muita vezes em perigo, devido a atos pouco recomendáveis tidos por enfermeiros e enfermeiras. A contratação de mulheres viúvas ia na mesma linha de pensamento, pois o facto de serem mais velhas, contribuiria para maior recato e sensatez na postura adotada no hospital. Este aspeto era muito valorizado nos hospitais das Misericórdias, que procuravam gerir com eficácia a sua imagem pública.

Sublinha-se ainda a organização hierárquica do trabalho existente entre os enfermeiros nos hospitais de maior escala⁴⁷. Desde cedo que o hospital de Todos os Santos trabalhava com essa hierarquia, pois o facto de ser um hospital grande, o maior de Portugal na Idade Moderna, conduziu a essa necessidade. Aqui, desde 1504 que se verifica a existência de um enfermeiro maior⁴⁸, mas esta não era a realidade do país, que no século XIX continuava a ter unidades de tratamento de pequenas, o que, aliás, também se observava na Europa em alguns hospitais⁴⁹, conhecendo muitos hospitais em Portugal apenas um ou dois enfermeiros.

Havia também hospitais sem enfermeiros, servindo neles apenas hospitaleiros, embora noutros se registre as duas categorias de curadores. Os hospitaleiros cumpriam funções diretamente relacionadas com os doentes, e quando funcionavam em parceria, tratavam de fazer as camas aos doentes, de lhes dar as refeições e de controlar a roupa da instituição, embora esta estivesse em alguns hospitais sob a alçada dos enfermeiros. Na hierarquia hospitalar ocupavam um degrau abaixo dos enfermeiros e não possuíam qualquer qualificação para as funções que desempenhavam. Podiam ou não ser casados e à semelhança dos enfermeiros eram distribuídos pelas enfermarias de acordo com o seu sexo.

Abaixo deste grupo de curadores, encontravam-se em alguns hospitais os criados e as lavadeiras, mas nos mais pequenos a lavagem da roupa podia ser efetuada pelas hospitaleiras ou mesmo pelas enfermeiras. Estes assalariados cumpriam funções relevantes no quotidiano hospitalar, designadamente aquelas que respeitavam à lavagem da roupa.

Os hospitais da Idade Moderna trabalhavam com pouca roupa e quase sempre em mau estado. Quando se analisam os róis de roupa salta de imediato à vida o estado em que as peças se encontram, quase sempre velhas ou muito velhas. As peças novas são em menor quantidade, o que repercute as finanças da instituição, mas igualmente a muita procura destes serviços e a necessidade de aproveitar até ao limite a roupa existente. A roupa estava sujeita a grande desgaste pelas lavagens constantes. Esta situação levava frequentemente à falta de roupa disponível para se proceder a mudanças, o que, aliás, permaneceu no século XIX, apesar do reaproveitamento a que estava sujeita, pois era cara⁵⁰.

Para lavar a roupa hospitalar, estas instituições serviam-se normalmente de lavadeiras, uma ou mais consoante as necessidades existentes, pessoas contratadas e a quem se pagava um salário. A quantidade de roupa era sempre elevada e exigia esforço físico, pois todo o trabalho era manual. Era preciso transportar as trouxas de roupa, lavá-la e esfregá-la, o que acontecia em tanques ou nos rios, através de barrelas, onde a cinza era fundamental. O sabão passou também a ser usado neste processo, auxiliando no levantamento e eliminação da sujidade.

Como o corpo não se levava senão nas partes visíveis, particularmente a cara e as mãos, por se temer os efeitos da água na saúde, a roupa queria-se branca, porque se acreditava que as impurezas do corpo seriam segregadas pela camisa que estava em contacto direto com o corpo⁵¹. Este não se lavava, mas sim a roupa que lhe estava próxima⁵², era, por isso, importante que chegasse bem lavada aos hospitais, o que nem sempre acontecia, merecendo críticas de alguns profissionais de saúde, como era o caso dos médicos.

Mas o que mais se evidencia na roupa hospitalar é a falta dela, ou seja, a necessidade existente em alguns períodos de lençóis, fronhas, mantas e cobertores para substituir a existente, o que resultava numa maior pressão sobre as lavadeiras para entregarem a roupa que haviam levado para lavar.

A roupa hospitalar dizia respeito às enfermarias, mas também aos aposentos dos hospitaleiros e dos enfermeiros e ainda à cozinha. Nos hospitais em que se procedia a tratamentos da sífilis, a roupa utilizada no seu tratamento tinha de ser cuidadosamente separada da restante, devido ao elevado contágio desta doença.

O salário das lavadeiras era pequeno, levando-as a ter de trabalhar para várias casas particulares, ao mesmo tempo que lavavam a roupa hospitalar. Mesmo assim, o rendimento que auferiam constituía um importante contributo para o agregado familiar⁵³. O facto de trabalharem com muita roupa em simultâneo, obrigou alguns hospitais a marcar as suas peças de roupa para não serem confundidas e trocadas com outras.

Para tratar os doentes, alguns hospitais foram instalando ao longo dos séculos uma botica. Nem todos o fizeram, pois exigia rendimentos para aguentar mais uma valência. Quando não

existia, os hospitais eram servidos pelos boticários da localidade, que forneciam os medicamentos necessários. Possuir botica ou farmácia, como era designada no século XIX, significava autonomia e a capacidade de fornecer medicamentos ao exterior, embora obrigasse ao pagamento de um salário ao boticário, assim como um espaço dotado de móveis, instrumentos e produtos para a confeção dos medicamento. A opção dos hospitais foi variando ao longo do período em análise, mas os grandes e médios não dispensavam a dotação de farmácia própria.

A saúde espiritual estava a cargo de um capelão. Este assalariado tinha por missão principal assistir espiritualmente os internados, ministrando-lhe os sacramentos, celebrando e ajudando a bem-morrer. Como podia ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite vivia dentro do hospital, em local separado dos restantes colaboradores. O capelão celebrava também nas enfermarias, em altares que nelas se encontravam instalados, de modo que os enfermos não ficassem privados de assistir à missa. Em alguns hospitais havia também altares noutros locais, como, por exemplo, nos claustros, disponibilizando vários lugares de celebração. A igreja que normalmente se encontrava acoplada ao hospital facilitava a passagem do viático, através de uma ligação interior, o que permitia ao capelão não sair do complexo para assistir os doentes.

Em alguns hospitais existia mais do que um capelão, como aconteceu no de São Marcos de Braga a partir de 1688, quando na sua igreja foi instituído um legado no coro, com cinco capelães, que tinham também por obrigação celebrar no hospital e assistir os doentes a bem-morrer, atuando de forma rotativa. O hospital tinha-se transformado num agente de confessionalização, dando destaque à assistência espiritual, que passava em alguns casos por receber pregadores no seu interior e obrigar os doentes a rezar em voz alta a certas horas do dia. Estes legados permaneceram ao longo do século XIX, mantendo a assistência espiritual aos internados.

Por economia de espaço não pudemos analisar todos os que trabalhavam nos hospitais, como a cozinheira/o, o porteiro, o aguadeiro, quando não havia água canalizada, entre outros.

Notas finais

Embora o nosso texto abarque um arco temporal alargado, são mais as permanências que constatamos no funcionamento hospitalar, no caso particular dos grupos de trabalho, do que as mudanças. Constatámos que a maioria dos hospitais se manteve nas mãos das Misericórdias, sendo poucos os que não eram administrados por elas e que isso lhes deixa uma marca de trabalho voluntário, quer em termos administrativos, quer também assistenciais. Mas era o recurso ao trabalho pago que mantinha

estas unidades de tratamento em funcionamento, embora, às vezes, fossem também irmãos, o que contrariava os seus compromissos.

Apesar de os hospitais pertencerem maioritariamente às Misericórdias, no século XIX assistiu-se ao surgimento de alguns fundados por confrarias e Ordens Religiosas, mas destinados aos seus confrades, atuando, portanto, num circuito fechado, o que não se verificava nos das Misericórdias.

A gestão destes estabelecimentos cabia às instituições que os tutelavam, embora os maiores tivessem administrações e regulamentos próprios. Neste campo conhecem-se no século XIX alterações nos regulamentos e nos procedimentos, fruto da maior procura do sistema de saúde, do movimento higienista e dos avanços que a Medicina foi conhecendo.

A estrutura das equipas de trabalho manteve-se, registando-se pequenas alterações, mas existem mudanças na formação dos cirurgiões, dos farmacêuticos e no final de oitocentos no corpo dos enfermeiros.

Pese embora as diferenças assinaladas, os hospitais das Misericórdias portuguesas chegaram ao fim do século XIX conservando muitos traços da Idade Moderna, quer nas suas estruturas, quer nos procedimentos, quer ainda no funcionamento dos grupos de trabalho. As mudanças foram incorporadas sem ruturas e mais sentidas principalmente nos grandes hospitais.

Notas

1. Sobre os avanços registados no século XIX no âmbito do conhecimento médico leia-se Gargantilla, Pedro, *Breve História de la Medicina. Del Chamán a la Gripe A*, Madrid, Ediciones Nowtilus, 2011, pp. 241-260.

2. Esta análise encontra-se em Sá, Isabel dos Guimarães, *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, 1997, p. 80. Para o hospital de Coimbra consulte-se Lopes, Maria Antónia, *Pobreza, Assistência e Controlo Social. Coimbra 1750-1850*, vol. I. Viseu, Palimage Editores, 2000, pp. 623-625. Sobre o de Portel leia-se Araújo, Maria Marta Lobo de, “O hospital do Espírito Santo de Portel na Época Moderna”, in *Cadernos do Noroeste. Série História* 3, 20 (1-2), 2003, pp. 341-409.

3. Abreu, Laurinda, “Misericórdias: patrimonialização e controlo social (séculos XVI-XVIII)”, in *Ler História*, 44, 2003, pp. 10-11.

4. Leia-se Abreu, Laurinda, “A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados”, in *A arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII*, Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal, 2010, p. 97. Acerca das epidemias da Idade Moderna consulte-se Harrison, Mark, *Disease and the Modern World. 1500 to the present day*, Cambridge, Polity Press, 2009.

5. Sobre a evolução dos cuidados com o corpo consulte-se Stearns, S. & Koella, J., *Evolution in Health and Disease*, Oxford, Oxford University Press, 2010.

6. Sanches, António Ribeiro, *Tratado da Conservação da saúde dos Povos*, Lisboa, Na Oficina de José Filipe, 1757 pp. 36-37.

7. Sanches, António Ribeiro, *Tratado da Conservação da saúde dos Povos...*, p. 37.

8. Sanches, António Ribeiro, *Tratado da Conservação da saúde dos Povos...*, pp. 39-42.

9. Consulte-se Silva, Ana Margarida Dias da Silva, *O hospital e asilo da Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco de Coimbra (1851-1926)*, Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2014.

10. Sobre a fundação do hospital da confraria de Santa Cruz de Braga veja-se o estudo de Guimarães, Augusta Xavier, “A assistência em Braga: iniciativas da segunda metade do século XIX”, in *NW. Noroeste. Revista de História. Actas do*

Congresso Internacional de História. Territórios, Culturas e Poderes, vol. II, Braga, Núcleo de Estudos de Históricos, 2007, pp. 395-403.

11. Santos, António Miguel da Silva, *Hospital da irmandade dos Clérigos do Porto (1750-1924). A memória dos doentes e profissionais de saúde*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2015.

12. Para o Alto Minho leia-se o trabalho de Esteves, Alexandra, “Os brasileiros” e a assistência à saúde. O caso do Alto Minho de Oitocentos”, in Araújo, Maria Marta Lobo de, Esteves, Alexandra; Coelho, José Abílio; Franco, Renato (coord.), *Os brasileiros enquanto agentes de mudança: poder e assistência*, Portugal/Brasil, CITCEM/Fundação Getúlio Vargas, 2013, pp. 181-182.

13. Gomes, Sérgio Paulo Tenreiro, *Institucionalização de alienados em Portugal: o Hospital Conde de Ferreira (1885-1910). Discursos e práticas assistenciais*, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2019. Veja-se igualmente Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui, “A institucionalização da loucura em Portugal”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 21, 1986, pp. 81-100.

14. Araújo, Maria Marta Lobo de, *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*, Barcelos, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000, pp. 318-332.

15. Sá, Isabel dos Guimarães, “Parte I- De 1498 a 1750”, in Sá, Isabel dos Guimarães; Lopes, Maria Antónia, *História Breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000*, Coimbra, Imprensa Universitária, 2008, pp. 45-46.

16. Na Santa Casa de Pombal, era o médico do partido da Câmara da vila que prestava serviço no hospital da Santa Casa. Esta situação verificou-se até ao século XIX. Leia-se Oliveira, Ricardo Pessa de, *História da santa Casa da Misericórdia de Pombal (1628-1910)*, Pombal, santa Casa da Misericórdia de Pombal, 2016, p. 377.

17. Coelho, José Abílio “Facultativos dos Partidos Municipais: cuidados médicos prestados aos doentes pobres nos concelhos e nos hospitais”, in *Anais do IV Encontro Internacional de História Colonial*, Belém, Editora Açaí/PPHIST-UFFPA, 2014, pp. 34-39.

18. Para este assunto veja-se o trabalho de Coelho, José Abílio, “A Misericórdia da Póvoa de Lanhoso (1928-1950): uma instituição de assistência de mãos dadas

Notas

com o poder político”, in Reis, Bernardo (coord.), *Congresso Internacional 500 Anos de História das Misericórdias. Actas*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2014, pp. 308-313.

19. Leia-se Magalhães, Vera Lúcia Almeida, *O Hospital Novo da Misericórdia de Viseu. Assistência, Poder e Imagem*, Viseu, Santa Casa da Misericórdia de Viseu, 2011.

20. Para este hospital leia-se o trabalho de Esteves, Alexandra, “Do Hospital D. Lopo de Almeida ao Hospital de Santo António” in Amorim, Inês (Coord.), *Sob o Manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa casa da Misericórdia do Porto*, vol. II (1668-1829), Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2018, pp. 257-294.

21. Lopes, Maria Antónia; Paiva, José Pedro, “Introdução”, in Paiva, José Pedro (coord. científico), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 8, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas; Centro de Estudos de História Religiosa, 2008.

22. Sobre as epidemias que grassaram no período em análise leia-se Snowden, F. M., *Epidemics and Society. From the black death to the present*, Yale, Yale University Press, 2020.

23. Em Penafiel, a Santa Casa local transferiu o velho hospital para as instalações do extinto convento dos Capuchos da cidade, em 1835. Leia-se Fernandes, Paula Sofia Costa, *O hospital e a botica da Misericórdia de Penafiel 1600-1850*, Penafiel, Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, 2016, p. 235.

24. Garnel, Rita, “O poder intelectual dos médicos. Finais do século XIX-inícios do século XX”, in *Revisa da História das ideias*, vol. 24, 2003, pp. 213-253.

25. Abreu, Laurinda, “Training Health Professionals at the Hospital de Todos os Santos (Lisbon) 1500-1800”, in Abreu, Laurinda and Sally Sheard (eds). *Hospital Life. Theory and practice from the medieval to the modern*, Bern, Peter Lang, 2013, p. 119.

26. Abreu, Laurinda, “Training Health Professionals at the Hospital de Todos os Santos (Lisbon) 1500-1800”, in Abreu, Laurinda and Sally Sheard (eds). *Hospital Life...*, pp. 120-121.

27. Sobre os surtos de cólera no século XIX veja-se Cohn, S., *Epidemics: Hate and Compassion from the plague of Athens to AIDS*, Oxford, Oxford University Press, 2018. Rosenberg, C. E., *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1987. Sobre os surtos de peste leia-se Echenberg, M., *Plague Ports*

– *The global impact of Bubonic Plague*, Nova Iorque e Londres, New York University Press, 2007.

28. Leia-se sobre as pestes da Idade Moderna o trabalho de Abreu, Laurinda, “The city in times of plague:

preventive and eradication measures against epidemic outbreaks in Évora between 1579 and 1637”, in *Popolazione e Storia*, 2, 2006, pp. 109-125.

29. Veja-se Oliveira, António de, *Capítulos de História de Portugal*, vol. II, Viseu, Palimage Editores, 2015, p. 612.

30. Oliveira, António de, *Capítulos de História de Portugal*, vol. II..., p. 615.

31. Para este assunto consulte-se Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (Séculos XVI-XVIII)*, Lisboa, Gradiva, 2014, p. 63.

32. Para o hospital de Viana da Foz do Lima veja-se o estudo de Magalhães, António, *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI- XVIII)*, Viana do Castelo, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, 2013.

33. Esteves, Alexandra, “A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha”, in *Asclépio*, nº 60, 1, 2015, p. 3.

34. Esteves, Alexandra, “Na saúde e na doença: a ação do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos inícios do século XX”, in *500 Anos de História das Misericórdias. Congresso Internacional. Actas*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2014, p. 278.

35. Leia-se a propósito o trabalho de Fernandes, Paula Sofia Costa, *O hospital e a botica da Misericórdia de Penafiel 1600-1850...*, pp. 187-189.

36. O mesmo sucederá no século XIX. Confirme-se Strange, Julie-Marie, *Death, Grief and Poverty in Britain, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

37. Porter, D., *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London, Routledge, 1999.

38. Autor desconhecido, *Livro Curioso*, Braga, Arquivo Distrital de Braga e Câmara Municipal de Braga, 2020, pp. 143-145.

39. Veja-se a este propósito Ferraz, Amélia Ricon, *A Real Escola e a Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Contributos para a História da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, Porto, Universidade do Porto, 2013.

40. Sousa, Maria das Dores Pereira, *Entre ricos e pobres: a Misericórdia de Ponte da Barca (1650-1800)*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca, 2008.

41. Magalhães, António, *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)*, Viana do Castelo, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, 2013, p. 381.

42. Matoso, António, “Do Hospital de Todos os Santos aos Hospitais Cívicos de Lisboa”, in Bastos, Cristiana (org.), *Clínica, Arte e Sociedade. A sífilis no Hospital do Desterro e na saúde pública*, Lisboa, ICS, 2011, p. 21; Santos, Sabastião Costa, *O início da Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos:1504-1565*, Lisboa, Fac. de Medicina, 1925.

43. Lopes, Maria Antónia, “Enfermeiros e enfermeiras nos hospitais portugueses dos séculos XVIII e XIX: continuidades e ruturas”, in Esteves, Alexandra (coord.), *Homens, Instituições e Políticas (séculos XVI-XX)*, Braga, Lab2PT, 2019, p. 155.

44. Araújo, Maria Marta Lobo de, *Memória e quotidiano: as visitas e as devassas ao hospital de S. Marcos de Braga na Idade Moderna*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2014, p. 130.

45. Leia-se para este assunto Silva, Helena Sofia Rodrigues Ferreira da, *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1995)*, Braga; Paris, Universidade do Minho, École des Hautes Études em Science Sociales, 2010, pp. 166-167, 187-188.

46. Silva, Helena Sofia Rodrigues Ferreira da, *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1995)...*, p. 165.

47. No de São Marcos de Braga, a diferença existente entre os enfermeiros só ocorreu em meados do século XVIII.

48. Lopes, Maria Antónia, “Enfermeiros e enfermeiras nos hospitais portugueses dos séculos XVIII e XIX: continuidades e ruturas”, in Esteves, Alexandra (coord.), *Homens, Instituições e Políticas...*, p. 161.

49. Belmas, Elisabeth, “Patient Care at the Hôtel Royal des Invalides, Paris, 1670-1791”, in Abreu, Laurinda and Sally Sheard (eds). *Hospital Life...*, p. 141.

50. Em alguns hospitais as enfermeiras remendavam a roupa de cama e os lençóis já muito velhos eram rasgados em tiras para serem usadas nos curativos. A reciclagem passava ainda por utilizar o pano já usado na confeção de outras peças.

51. Vigarello, George, *O limpo e o sujo. A higiene do corpo desde a Idade Média*, Lisboa, Fragmentos, 1988.

52. Sarti, Raffaella, *Casa e Família. Habitar, Comer e Vestir-se na Europa Moderna*, Lisboa, Ed. Estampa, 2001, pp. 326-329.

53. Hufton, Olwen, “Mulheres, trabalho e família”, in Farge, Arlette; Davis, Natalie Zemon (dir.), *História das Mulheres. Do Renascimento à Idade Moderna*, Porto Afrontamento, 2004, p. 44.

Da Misericórdia de Lisboa à de São Paulo: Contextos, aproximações e enraizamentos entre os Iluminismos e os novos regimes

*Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo. A pesquisa que deu origem a este texto é financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do estado de São Paulo (FAPESP), projeto 2017/16721-0 intitulado Filantropia e atendimento à saúde: Portugal, Inglaterra e ressonâncias coloniais no Brasil e nos Estados Unidos (1770-1830)

Propõe-se uma discussão sobre o papel das práticas caritativas na edificação de sistemas de saúde entre os iluminismos e os novos pactos políticos propostos a partir do século XIX. A experiência da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre os Iluminismos e a República, permitirá observar continuidades e transformações na gestão e financiamento dos hospitais no período referido.

O amanhecer do mundo contemporâneo: entre os Iluminismos projetados e a caridade professada

Os anos localizados entre o final do século XVII e o início do século XVIII foram marcados pela chamada crise de consciência europeia, momento em que as certezas e a estabilidade oferecidas pela teologia moral de matriz cristã, que pareciam conduzir as vidas de todos, foram dinamitadas pelos relatos de viagens e navegações que apresentaram aos europeus “outros” jamais imaginados.¹ A transformação foi grave e, ao mesmo tempo, abrupta, pois haveria que substituir uma sociedade fundada na noção de dever para com Deus ou o príncipe, por uma sociedade baseada na ideia de direitos, como o direito à consciência individual e à crítica, independentemente dos dogmas cristãos que entendiam a vida na terra como uma passagem para o paraíso, lugar reservado aos cristãos merecedores e entre os quais se destacavam os caridosos e piedosos, os que demonstrassem compaixão.

A razão humana, e suas muitas possibilidades de crítica e de proposição de ordenamentos para a sociedade, adquiriu então papel fundamental. Para muitos iluministas, tratava-se de submeter todas as dimensões da vida dos homens, suas crenças religiosas e tradições, à crítica possível pelos homens dotados de razão. Mas a articulação entre a caridade cristã e as capacidades humanas emblemadas na razão, ganharia muitas nuances e dimensões. No escopo deste pequeno texto cabe destacar duas delas: oferecer a caridade aos necessitados por considerar a pobreza virtuosa, dimensão forte na experiência luso-brasileira e que implicava o comprometimento individual com obras de caridade como as oferecidas pelas misericórdias; e oferecer a caridade por compaixão ao próximo, apontando a necessidade de buscar sair da pobreza, dimensão presente na experiência inglesa desde as primeiras leis dos pobres da era elisabetana e que implicou a taxaço da nobreza para aliviar os infortúnios dos pobres.

Desta forma, entre os anos de 1750 e 1850, quando se enraizou o movimento Iluminista, amplificaram-se e se tornaram públicos os debates sobre os novos princípios e conceitos para legitimar uma ordem social que vinha sendo construída desde a centúria

anterior.² O novo mundo a ser edificado seria ancorado nas noções de soberania, igualdade perante a lei e propriedade privada, e tais noções se efetivariam em sistemas legais apoiados nos direitos do homem e do cidadão. É nessa circunstância de tempo longo que o atendimento à saúde das populações pobres passaria por fortes transformações na Europa. No caso do mundo luso-brasileiro, isso significa dizer que as misericórdias do Império português sofreriam fortemente as inflexões decorrentes das teses sobre a utilidade do trabalho dos homens na construção da riqueza das nações. Tais teses teriam enorme importância nos sentidos e conteúdos que seriam conferidos às ações em saúde, dado que se discutia sobre como acolher e cuidar das populações pobres sem criar dependências estruturais que poderiam enfraquecer a nação. Era um contexto de crescente contestação das virtudes da pobreza que haviam marcado as práticas caritativas de atendimento à saúde na primeira modernidade. A pobreza e a saúde dos cidadãos se tornaram problemas políticos a serem enfrentados pelo Estado, e essa discussão vinha acompanhada do debate sobre a constituição dos cidadãos da nação em meio ao enraizamento do capitalismo.

A experiência de assistência à saúde da primeira modernidade, oferecida por governos e/ou agentes privados, caracterizava-se por práticas de caridade privada que eram, até então, importantes tanto para a legitimação da governação quanto para a preservação da propriedade e das vidas das populações pobres. Apesar das transformações, tais práticas mostraram-se resilientes no amanhecer da época contemporânea nos espaços luso-brasileiros. Neste momento de forte expansão do Estado, caberia à governação indicar os termos e os sentidos da caridade privada em relação às necessidades públicas, seria preciso decidir como os cuidados com a saúde seriam oferecidos e financiados, e como seriam escritos os novos regramentos e normas de organização dos hospitais, do ensino e das práticas médicas. Na experiência luso-brasileira foram as práticas caritativas constituídas na primeira modernidade que indicaram os caminhos dos novos pactos sobre a assistência à saúde. É neste sentido que cabe aproximar as lentes para compreender as transfigurações do Hospital de São José, da Misericórdia de Lisboa e, especialmente, do Hospital da Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

Caridade e privilégios: as misericórdias do Império português

As misericórdias portuguesas eram confrarias laicas cujas ações de assistência eram pautadas por valores cristãos e por fortíssima atuação local.³ Tendo sido a primeira fundada em Lisboa, em

1498, espalharam-se pelos espaços do Império português. Esperava-se que todas atuassem à imagem da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, o que em função dos enraizamentos locais de cada uma delas, e do conseqüente vínculo com as elites e experiências singulares, mostrou-se impraticável. Mas mesmo considerando as especificidades de suas inserções locais, as misericórdias desfrutavam de privilégios decorrentes da proteção Régia que lhes era oferecida. No século XVI, em meio às guerras religiosas, seus estatutos foram negociados no âmbito do Concílio de Trento (1545-1563), o que reforçou seus sentidos cristãos/católicos e também garantiu autonomia local em relação aos bispados. Mais ainda, a autonomia professada e a proteção Real na preferência para o exercício da caridade, garantiram às irmandades de misericórdia papel estruturador no Império português e no exercício do poder local pelas elites nos espaços do Império. Observe-se que, desta forma, o Império português se estruturou em uma lógica que articulava poderes locais autonomizados em maior ou menor medida, dependendo do significado das explorações econômicas locais para a Fazenda Real e das aproximações possíveis entre elites locais e aquelas do centro do Império, e garantias de legitimação do exercício local de poder vindas da Coroa, nomeadamente em relação aos privilégios garantidos às misericórdias de socorro aos pobres. Afirme-se, de novo, nos espaços do Império português, da noção cristã que destacava as virtualidades da pobreza e que, a partir dos séculos XVI e XVII, receberia fortes críticas em outros espaços europeus, como na Inglaterra, na França e nos principados germânicos⁴.

Considerando as especificidades locais e a dimensão geral de legitimação oferecida pela Coroa, a obtenção de recursos pelas misericórdias para o exercício da caridade, e, portanto, para os cuidados com a saúde das populações pobres, não era homogênea. Embora a recolha de esmolas fosse privilégio e a principal atividade, misericórdias de vilas e/ou cidades mais abastadas possuíam maior liquidez, porque estavam ligadas a atividades comerciais, e possuíam maior quantidade de bens de raiz, já que eram destinatárias de bens vinculados a serviços e de doações em testamentos que podiam vender em hasta pública.

Ao longo do século XVII, evidenciou-se uma tendência de incorporação dos hospitais às misericórdias por meio da intervenção da Monarquia portuguesa. Em Portugal os espaços de hospitalidade, voltados a viajantes e a peregrinos, eram separados dos espaços ocupados pelos doentes, sendo estes últimos fundamentais no cumprimento das obras das misericórdias, que, por isso, edificaram enfermarias e hospitais.

Em todas as confrarias, os Irmãos da misericórdia se dividiam entre os nobres e aqueles chamados de oficiais que, mesmo não sendo nobres, eram proprietários e não trabalhavam com as mãos. Os Irmãos controlavam os recursos, sejam os recebidos em

testamentos ou aqueles decorrentes do privilégio de esmolar e, assim, usavam os fundos também em benefício próprio, por meios dos empréstimos que poderiam auferir. No mais das vezes, eles eram também membros das Câmaras locais, e tal fato sem dúvida explica os comuns empréstimos de parte a parte, e também as dificuldades em cobrar de devedores politicamente influentes. O capital social que acompanhava o pertencimento à misericórdia trazia consigo poder político e possibilidade de movimentar privadamente os capitais da misericórdia auferidos para o exercício da caridade, que, se era privada na recolha e nas escolhas para sua aplicação, deveria ser pública no exercício das suas obras elencadas no Compromisso.

O conjunto dos bens de raiz, e o fato das misericórdias nunca terem sido tributadas como as outras instituições do Império, foram objeto das injunções do Marquês de Pombal na segunda metade do século XVIII. Nesta época, em meio aos enraizamentos dos iluminismos e das relações sociais decorrentes das formas assalariadas de trabalho e da propriedade privada, tornava-se evidente ao Gabinete do Marquês, e às elites ilustradas, a urgência de aproximar Portugal dos novos ventos que sugeriam mercados mais livres e a desamortização dos bens de raiz. As misericórdias eram entidades fundamentais, posto que detentoras desses bens e, por isso, na leitura dos primeiros liberais que se iam apresentando para o debate público, entraves para a circulação de mercadorias e de trabalhadores. A Lei da Boa Razão, de 18 de agosto de 1769, pretendia controlar o recebimento das heranças pelas misericórdias e outras irmandades. Urgia fortalecer os braços da nação, “aperfeiçoando práticas higiênicas, nutricionais, farmacêuticas e médicas” e reorganizando os hospitais e o atendimento médico domiciliar, o que também seria conduzido pelas misericórdias.⁵

O Hospital de São José, que recebeu este nome em 1775, após a construção de novas instalações e a chegada dos pacientes do antigo Hospital Real de Todos os Santos que havia sido destruído pelo terremoto, teria seu financiamento definido a partir de decisões Reais que a ele destinavam rendas, legados e loterias, demonstrando uma dependência de indicações de privilégios e de recursos vindos da governação que não diminuiria na época liberal, quando também se pretendia proteger as obras caritativas das irmandades de misericórdia. Mas os constrangimentos econômicos pelos quais Portugal passava afastavam, e muito, as intenções acerca das práticas médicas e de salubridade, atestadas nas propostas de reformas hospitalares reputadas como urgentes, como a separação das enfermarias de acordo com as doenças, ou ainda a criação de hospitais isolados para tratamento de determinadas doenças infecciosas, das efetivas possibilidades sugeridas pela constitucionalização dos “socorros públicos”.⁶ Francisco Telles de Mello, em discurso de agradecimento dirigido

à Sua majestade no momento de sua nomeação para o cargo de Enfermeiro-mor no ano de 1922, afirmava:

“A obediência às Reas Determinações de S. Mag.e, que Deos Guarde, e não as minhas pertençaens, e muito menos particulares interesses, me constituirão neste árduo, e melindroso lugar. A escolha de S. Mag.e tem para mim tanta forsa, e eficácia, que me pode dar o talento, e aptidão para ele (...) E q fim he este. He omais santo q a religião pode inspirar, e o mais benéfico q a natureza, e Humanidade se pôde propor. Este azilo, he o azilo da caridade pública, porq também he o teathro da mortalidade gemente. He o receptáculo de todos os males, q afligem os mortaes desamparados da fortuna, e ate parece q engeitados da natureza; epor isso deve ser também hum Campo de exercício de todas as virtudes, ou Religiosas, ou Civiz, e sem a sua pratica nada faremos. Aqui há Leis, eu vigiarei na sua observância com tanta imparcialidade, q nem os mesmos transgressores se poderão queixar, Ha homens, e por haver imperfeiçãoens, e delictos, eu procurarei inflexivelm. te reprimilos com aquella autoridade, q a Lei, e o lugar me concedem.”⁷

Observe-se como os ventos iluministas, presentes na aceitação das leis como ordenadoras das ações e práticas médicas do Hospital, são mediados pelo princípio moral e cristão da imperfeição humana, ao mesmo tempo em que os valores professados como ordenadores das ações que o Enfermeiro-mor passaria a tomar em seu cargo, são os da religião, que incidem sobre a natureza e a humanidade. Neste caldo em que a religião fundamenta moralmente as propostas da natureza e da humanidade é que se deveria edificar a *caridade pública* em um Hospital já sob controle do Estado. Desta forma, se os modos de financiamento do Hospital de São José foram, cada vez mais, entrado o século XIX, elaborados pela Fazenda Real, seus princípios morais ordenadores mantinham forte diálogo com a noção de *caridade pública* que havia sido construída na primeira modernidade. Menos de um mês depois, o mesmo enfermeiro dirigia-se novamente à Sua Majestade para denunciar o lastimoso estado das coisas no Hospital, faltando-lhe não só os recursos para seu sustento diário, como para a compra dos insumos e o provimento das Cadeiras médicas do Hospital.⁸

A tutela imposta pelas reformas pombalinas na segunda metade do século XVIII coincidiu com uma época de descrédito das misericórdias em Portugal e contribuiu para a diminuição da autonomia que caracterizava suas ações, e tal fato se reproduziu na época liberal. Instituídos os novos regimes ditos liberais no século XIX, as misericórdias de Portugal teriam que se haver com os poderes civis e, conforme tem insistido Maria Antónia Lopes, o Estado desempenhou papel importante no que diz respeito aos

socorros públicos, aos cuidados com a saúde e, nomeadamente, ao atendimento oferecido pelo Hospital de São José da Misericórdia de Lisboa.⁹ Um caminho bastante diferente daquele trilhado pelo Hospital da Misericórdia de São Paulo.

A vila de São Paulo no Império português e após a Independência

No Brasil, a *Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*, estima-se fundada no século XVI, cresceu junto com a cidade.¹⁰ O que significa afirmar que sua expansão maior aconteceria na segunda metade do século XIX, *pari passu* com a economia cafeeira, mas também com os debates decorrentes das circularidades atlânticas de saberes e pessoas. Nesse sentido, é importante observar como as elites locais, considerando os recursos da pequena vila, mantiveram e sustentaram os cuidados com a pobreza, a infância abandonada e as doenças.

No século XVIII, a vila de São Paulo fortaleceu seu lugar de entrada para o interior do território, funcionando como porto de partida e lugar onde se poderiam recolher e cuidar de viajantes a caminho das minas e também dos soldados que se movimentavam de acordo com os interesses da Coroa e dos governos locais. O pequeno hospital da Misericórdia de São Paulo, fundado em 1714 e que apenas começaria a funcionar em casas compradas para este fim em 1749, seria bastante requisitado para funcionar como enfermaria militar. Muitos paulistas enriquecidos nas minas eram Irmãos e advogavam a fundação e o fortalecimento do Hospital, que, segundo a Mesa da Misericórdia de São Paulo, deveria prever despesas para cuidados com doentes e ações em favor do recolhimento de esmolas para sustentar suas atividades.

Tuteladas e protegidas pela Coroa no Império português, o que lhes garantia privilégios que a ordens terceiras, por exemplo, não tinham, as misericórdias do Império usufruíam, inicialmente, de alguma liberdade no encaminhamento de suas ações, mas não foram poucas as petições encaminhadas à Coroa pela Mesa solicitando auxílios e privilégios da mesma monta daqueles oferecidos à Misericórdia de Lisboa, dado que os recursos da pequena vila esvaziada pelas minas eram escassos. Na segunda metade do século XVIII, no entanto, a partir da forte ingerência da Coroa imposta pelo Marquês de Pombal, e que se manteve nos dois reinados posteriores ao de D. José I, as misericórdias passaram a conviver com a dubiedade dos legisladores da época: esses pretendiam controlar as “doações de alma” que se amortizavam em prejuízo dos rendimentos tributários do Reino, e da pequena vila também, mas ao mesmo tempo os legisladores não podiam prescindir das ações privadas de caridade desenvolvidas nas

misericórdias porque elas aliviavam problemas sociais com seus hospitais e suas rodas de expostos. O Alvará Real de 18 de outubro de 1806, que impunha a obrigação de todas as misericórdias do Império de acompanharem o Compromisso da Misericórdia de Lisboa, e pretendia reorganizar a assistência, controlando o que os ventos iluministas chamavam de vagabundagem e separando os trabalhadores daqueles que mendigavam por motivos poucos dignos, emblema tentativas de centralização no Império português e de controlar autonomias locais perceptíveis nas ações das misericórdias.

Ocorre que foi também nesta conjuntura que o tropeiro paulista, que sucedera o sertanista, já anunciava o fazendeiro que buscava se enraizar nas terras do planalto com as lavouras de açúcar e de café, esta em seus primeiros passos.¹¹ Assim, a modesta elite paulista deveria se movimentar entre os enraizamentos das lavouras e do seu poder local, as injunções vindas da Coroa, marcadas pela chegada do Morgado de Mateus, em 1765, e o afluxo de novos soldados, funcionários Reais e mesmo viajantes. Esta pequena elite articulava a prática do poder político na Câmara de Vereadores com o exercício da caridade na Irmandade, articulação que se manteve mesmo face às conjunturas graves que se desenharam à época em meio às guerras napoleônicas, à chegada da Corte e à construção da independência do Brasil e do novo Império.

A maior parte dos estudos sobre as irmandades de misericórdia, do lado de cá do Atlântico luso, afirma que elas dependiam de doações e heranças de particulares, fato que se pode confirmar em seus regimentos internos como elemento estruturador de suas ações.¹² Mas além disso, e seguindo os compromissos editados pela Misericórdia de Lisboa, embora dispondo de menos recursos para orientar e encaminhar suas ações, a Misericórdia de São Paulo executava recursos públicos e se beneficiava de privilégios de isenção fiscal. As “prédicas higienistas”, tão conformes com os anseios iluministas e civilizatórios do período, ganhavam espaços nos discursos políticos da Câmara e já apontavam desejos médicos de organizar os espaços públicos e privados das vidas dos cidadãos, embora só viessem a se tornar dominantes no cenário paulista com os ventos republicanos. Tais discursos indicavam, assim, o caminho e as formas que o Estado vinha assumindo, nos âmbitos local e geral, no sentido de ordenar racionalmente a “turba”, um fiapo de iluminismo que teria que conviver com a ação da polícia e a violência imanente em uma sociedade escravista e desigual. No caso de São Paulo, sendo uma vila militar de importância para a Coroa, moralidade e tranquilidade deveriam evidenciar sua boa salubridade.¹³ Mas os executores da “nova política”, emanada do referido Alvará Real de 1806, seriam principalmente os fazendeiros e as pessoas ligadas a funções administrativas e militares que, além de irem tomando conta das terras e dos contratos de comércio¹⁴, retomariam o controle da Mesa da Irmandade bem antes de 1822,

quando já manifestavam incômodos com os funcionários da Coroa que participavam da Irmandade.¹⁵

Foi neste contexto que São Paulo acolheu, modestamente, as “prédicas higienistas”, e ampliou o lugar político e social da sua Misericórdia, que, bastante próxima dos vereadores, procurou manter seus privilégios e seu papel na consecução dos novos preceitos que pretendiam reorganizar os hábitos de higiene e saúde dos paulistanos. Após a Independência, e mais especificamente após a publicação da Lei de 1 de outubro de 1828, as Câmaras de Vereadores receberam atribuições para a governação municipal, o que significava assumir papel na condução econômica das vilas e cidades e nos cuidados com a assistência, destacada a obrigação dos vereadores de nomear comissão para visitar “todos os estabelecimentos públicos de caridade para informarem do seu estado, e dos melhoramentos que precisam”.¹⁶ Observar os cuidados com a saúde da população, destacando-se seus órfãos e necessitados e a urgência de se designar médicos e cirurgões para as casas de caridade, assim como os cuidados com o asseio das ruas e moradias, passavam a ser obrigações legais das vilas e cidades que, assim, conservavam as irmandades de misericórdia e suas obras em um lugar estruturador da governação. O fato da referida lei manter as Câmaras sob a tutela das Assembleias provinciais evidencia os alinhamentos políticos que se iam desenhando: entre os vereadores e a deputação provincial seriam necessárias intensas negociações, processos de legitimação recíproca nos quais a presença na Mesa da Misericórdia e a atuação nas Câmaras permitem mapear as ações públicas das elites paulistas e paulistanas.

Observa-se, assim, na experiência da Misericórdia de São Paulo, uma ressignificação das misericórdias no âmbito do Atlântico luso mantendo-se o discurso das origens privadas das instituições e recorrendo-se a recursos públicos, além de privilégios de isenção tributária, para o exercício da misericórdia privada, o que foi possível devido às articulações políticas das elites coloniais que atuavam nessas instituições e assim se mantiveram entrado o século XIX. Esta “velha nova elite”, que construíra prédio próprio para o seu Hospital em 1824, expressaria seus ideais e seu poder após a Independência do Brasil no Compromisso que escreveria em 1827 e que seria aprovado em 1836 pela Assembleia Provincial de São Paulo. Nesta época, as imbricações entre as Assembleias provinciais do Império do Brasil, as câmaras municipais e as misericórdias refletiam-se na formação das Mesas das irmandades que contavam com deputados provinciais, proprietários de terras, militares e comerciantes, configurando uma articulação legal e efetiva entre elites privadas e poderes públicos que garantia a execução de verbas públicas pelas irmandades para vacinações, atendimento aos doentes nos seus espaços hospitalares, além de cuidados com a infância abandonada e a pobreza.

Ao longo do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sustentaria suas ações nas receitas decorrentes dos aluguéis das propriedades recebidas em testamento, de doações dos irmãos e dos recursos oficiais negociados na forma de auxílio/subvenção e de isenções tributárias, justificadas pelo atendimento às populações pobres e desvalidas. As outras irmandades do Brasil também se rearticulariam no século XIX de acordo com este modelo, mas sempre dependendo das possibilidades econômicas e sociais da cidade e da província onde se localizavam. Tal modelo se replicaria, ainda, para hospitais não vinculados às misericórdias, chamados de filantrópicos a partir da última década do século XIX, e que também se propunham a atender gratuitamente à população pobre. Estudando os Anais da Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo no século XIX, Márcia Barros Silva encontrou muitas e distintas solicitações de auxílio para sustento do atendimento à saúde no Hospital da Misericórdia de São Paulo, mas também pedidos de auxílio para outros hospitais que se pretendia fundar:

“Outros pedidos de auxílios solicitados visavam à construção e manutenção de lazaretos e hospícios de alienados. Os pedidos seguiam o mesmo tipo de solicitação das Santas Casas: designações de verbas diretas ou indicação de loterias e outras formas de arrecadação especial, vistas como apropriadas para esse tipo de estabelecimento. Os apoios, nunca vultosos, concorriam com outros encaminhamentos de construção de espaços de atendimento médico, como em 1872, quando houve rejeição ao projeto do ano anterior, de construção de um hospital de caridade na capital, solicitado pelo médico J. F. dos Reis, por já estar em atividade o atendimento realizado na Santa Casa.”¹⁷

Na cidade de São Paulo mantinha-se, assim, a partir da experiência da Misericórdia de São Paulo, o exercício da caridade privada institucionalizada pelo Império português, mas em um diálogo com os poderes públicos que se tornaria cada vez mais eloquente e efetivo ao longo do século XIX. O crescimento da cidade e da economia cafeeira na segunda metade deste século, a chegada dos imigrantes e o aumento populacional, evidenciaram a urgência de medidas de saúde pública. Neste contexto destacavam-se posturas sanitárias de cuidado com as águas e com os “miasmas”, de tratamento de esgotos, de processos de vacinação coletiva e de regulamentação do espaço público e dos hospitais. E aqui havia o problema do número de leitos: tanto quanto cresciam a cidade e sua população, crescia a demanda por leitos, especialmente quando se observa que a Santa Casa de São Paulo recebia pacientes das cidades do interior da Província. Não seria por acaso que o final do século XIX assistiria a um aumento de irmandades de misericórdia fundadas em cidades que acompanhavam a expansão do café e uma separação, segundo aponta André Mota, entre lugares de

riqueza, com melhores serviços de atendimento à saúde, e lugares de pobreza, nos quais tais serviços eram bem mais precários e que se localizavam, no mais das vezes, abaixo do rio Tietê que corta a Província. Mesmo assim, o atendimento oferecido pelas Santas Casas já não era suficiente, novos hospitais seriam fundados junto com a nascente República de 1889, eles seriam especializados (hospitais dedicados a problemas mentais, a doenças específicas ou a nichos da medicina, como a Oftalmologia) e se sustentariam nas mesmas bases históricas construídas pelas misericórdias: caridade privada, agora nomeada de filantropia, com auxílios públicos efetivados de maneiras distintas e em diálogo com os poderes públicos locais e gerais.

A Lei federal 173, de 10 de dezembro de 1893¹⁸, aprovada apenas quatro anos após a Proclamação da República, viria a legalizar a prática aqui perscrutada ao propor a regulamentação das associações fundadas com objetivos morais, religiosos, artísticos, científicos, políticos e recreativos, estabeleceu os critérios para a fundação de uma pluralidade de sociedades civis sem fins lucrativos com interesses diversos, sendo as filantrópicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, no mais das vezes criadas por médicos ou grupo de médicos, as que interessam a este texto. A República, desta forma, encontrou uma maneira legal de manter o arranjo institucional que garantia às misericórdias, e desde então às outras instituições que se organizavam como filantrópicas, a movimentação de recursos privados e públicos no oferecimento dos serviços dos seus hospitais e na construção de novos prédios quando fosse necessário. Os estatutos das novas sociedades civis deveriam ser claros: a afirmação de uma sociedade civil como sendo sem fins lucrativos indicava a possibilidade de isenção de determinados tributos, assim como a afirmação do oferecimento de serviços públicos em saúde e da abertura de novos leitos para atendimento gratuito aos pobres, indicava a possibilidade de disputar recursos públicos. Estes viriam na forma de receitas extraordinárias ou, mais comum a partir dos anos de 1930, na forma de subvenções aprovadas pelas assembleias federal, estaduais ou municipais.

A referida Lei apenas legalizou uma prática que já se desenhara nas negociações que levaram à construção do novo Hospital da Misericórdia de São Paulo inaugurado em 1884. Os Relatórios dos provedores apontavam a necessidade de ampliação do Hospital pelo aumento da demanda na cidade. Os fazendeiros do café, em sua maioria irmãos da Misericórdia, realizavam aportes e doações para a nova edificação. Esses mesmos irmãos disputavam a possibilidade de doar o terreno onde seria construída, e muitas vezes buscavam com isso valorizar a localização de seus armazéns e negócios. Inaugurado o Hospital e suas modernas instalações, iniciaram-se as tratativas com as três esferas de poder para financiar o oferecimento dos serviços.

Na experiência da Misericórdia de São Paulo as receitas extraordinárias, provenientes de verbas públicas, aumentaram significativamente em relação aos recursos ordinários (como aluguéis, loterias, doações de Irmãos, etc.) ao longo do século XIX e nos começos do século XX. Este fato é verificável pelo cruzamento entre os Relatórios apresentados pela Irmandade e os debates registrados nos anais da Assembleia provincial (a partir de 1889, estadual) e da Câmara municipal de São Paulo. Tal característica se replicaria nos novos hospitais filantrópicos. Fortalecia-se, assim, um modelo de saúde pública em que os recursos públicos são movimentados por instituições privadas sem fins lucrativos que definem suas áreas de atuação e as práticas de atendimento à saúde que serão oferecidas. Observe-se, ainda, que esta escolha política, negociada pelas elites econômicas e intelectuais, implicava na diminuição dos fundos públicos pelas isenções tributárias decorrentes do fato de serem sociedades civis sem fins lucrativos. Entre os setores das elites intelectuais, por óbvio, destacaram-se os médicos, dispostos a influir nos caminhos da saúde pública e na assistência médica individual oferecida em hospitais.

À guisa de considerações finais: pequena digressão sobre caridade e filantropia entre os iluminismos e o mundo contemporâneo

Laima Mesgravis, em seu livro sobre a história da Misericórdia de São Paulo, sugere uma comparação entre as misericórdias portuguesas e as *poorhouses* inglesas que vale a pena desenvolver. A autora destaca que as misericórdias não sofreram tão fortemente os influxos do enfraquecimento da teologia moral cristã, que qualificava positivamente a caridade privada, diante dos princípios que consideravam a ociosidade e a mendicância enfraquecedores para a nação. Além disso, o desprezo pelo trabalho manual, evidenciado na diferenciação entre Irmãos nobres e oficiais, só se alteraria de fato com o liberalismo. Mas na experiência inglesa, os ventos reformistas permitiram a edificação das *poorhouses*, sendo que havia aquelas que se tornariam hospitais na modernidade, as *almshouses* (casas de acolhimento para pobres e estrangeiros onde funcionavam enfermarias), e aquelas dedicadas a “formar” e “punir” pessoas consideradas desgarradas da sociedade, as *workhouses*.¹⁹ Nesta experiência, os termos caridade e filantropia são articulados e, no mais das vezes, sinônimos que explicam a virtualidade da compaixão para com a pobreza, e portanto a urgência de encontrar meios de aliviá-la, mas considerando a utilidade para a nação do referido acolhimento, ou seja que os

lugares de acolhimento deveriam observar a inserção das pessoas na sociedade por meio da sua disposição para o trabalho.

O debate sobre as vantagens da filantropia em relação à caridade remonta aos séculos XVIII e XIX, quando os projetos iluministas afirmavam os sentidos mais racionais da filantropia, em uma evidente crítica à forte presença da Igreja na organização da assistência. As instituições hospitalares filantrópicas que se edificaram a partir de então diminuíram sensivelmente a generosidade para com os pobres considerados saudáveis e capazes para o trabalho. O seu pressuposto era o de que as ações filantrópicas não deveriam se pautar pela piedade ou caridade cristãs, mas pelo fortalecimento dos braços da nação e pela utilidade social. O argumento reivindicava menor dependência de doadores individuais e maior continuidade e efetividade das ações pretendidas.²⁰ A Inglaterra desenvolveu, por isso, um modelo de duas vertentes: uma com instituições públicas sustentadas por recursos da Fazenda decorrentes de tributação, e outra com instituições filantrópicas privilegiadas com isenções tributárias que definiam em seus Conselhos suas ações, os lugares de ação e as práticas de atendimento à saúde que considerassem mais adequadas. Ressalte-se que esta segunda vertente se tornou claramente dominante no século XIX, especialmente depois da aprovação da Lei dos Pobres de 1834, quando o princípio ordenador do acolhimento à pobreza passou a ser a sua regulação e a utilidade do trabalho. Esta última noção, embora presente nos discursos ingleses desde o XVII, esteve, até os inícios do século XIX, sempre mediada pelo princípio cristão da virtualidade do acolhimento, da compaixão para com os pobres, mas jamais pela concepção da virtualidade da pobreza, conforme era comum nos espaços do Império português.

Em Portugal, considerando a forte presença da Coroa na administração das misericórdias no século XIX, e a legislação que sugeria ações em saúde em nome do interesse geral da nação, a organização dos hospitais manteve-se marcada pelo princípio da caridade cristã emblemado nos socorros públicos constitucionalizados no século XIX, mesmo quando as constantes reclamações dos responsáveis pelo Hospital de São José, o principal da Misericórdia de Lisboa, denunciavam a insuficiência e a irregularidade dos recursos aportados. Na vila de São Paulo, os fiapos de iluminismo visíveis nessas terras escravistas, também não foram capazes de subverter a lógica da caridade cristã oferecida no atendimento à saúde do Hospital da Santa Casa de São Paulo, apenas a República demonstraria algum vigor nesta direção, mas ainda assim, usando as virtualidades do acolhimento à pobreza como fundamento para as subvenções solicitadas junto ao Estado em instituições agora nomeadas de filantrópicas.

As origens cristãs e privadas das práticas caritativas e/ou filantrópicas guardaram impactos na construção contemporânea

do mundo dos cidadãos, dado que elas se localizam sempre entre a cidadania e o favor, entre as possibilidades de edificação de espaços públicos e as permanências de ações privadas que se afirmam públicas ocupando o lugar do Estado, e o fazem recebendo privilégios de isenção tributária e escolhendo suas clientelas e campos de atuação em detrimento do interesse público. Mais ainda, a compaixão cristã, fundamento das ações caritativas, trazia consigo hierarquias entre os caridosos e aqueles que recebiam a caridade, mas nunca tiveram qualquer participação nas decisões políticas sobre como aliviar o sofrimento trazido pela pobreza e pela doença. Tratou-se, no mais das vezes, de compaixão caritativa desdobrada em hierarquias sociais que, desta forma, legitimavam-se nas ações de pessoas e instituições chamadas de filantrópicas. Se o que fabularam parte dos iluministas para o mundo do pacto entre cidadãos supunha solidariedade entre iguais, a sobrevivência da caridade cristã nos fundamentos dos novos regimes manteve hierarquias velhas em novas roupagens.²¹ Assim, “a história da assistência entre os séculos XVIII e XIX pode ser lida como o despertar de uma nova consciência e de um sentimento humanitário, mas também como um espaço de apropriação e de transformação de antigas estratégias de poder”²² que talvez tenham trazido para o mundo contemporâneo privilégios reconfigurados.

Notas

1. Hazard, Paul, *The crisis of the European mind*, Canadá: NYRB Classics, 2013; Hazard, Paul, *O pensamento europeu no século XVIII*, Lisboa: Presença, 1983; Koselleck, Reinhart, *Futuro passado – Contribuição à semântica dos tempos históricos*, R. J., Contraponto, 2006; Koselleck, Reinhart, *Crítica e crise – Uma contribuição à patogênese do mundo burguês*, R. J., EDUERJ/Contraponto, 1999.

2. Sobre os iluminismos há muitos textos que poderiam ser citados, no escopo deste texto destaco: Ferrone, Vincenzo & Roche, Daniel (orgs.), *Le monde des Lumières*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1999; Hampson, Norman, *O Iluminismo*. Lisboa, Ulisseia, 1973; Himmelfarb, G., *Os caminhos para a modernidade – Os iluminismos britânico, francês e americano*, São Paulo, Realizações Editora, 2011; Araújo, Ana Cristina, *A Cultura das Luzes em Portugal*. Temas e Problemas, Lisboa, Livros Horizonte, 2003.

3. Existe uma forte tradição de estudos das misericórdias do Império português, destaco alguns desses textos que foram importantes para a construção dos argumentos aqui apresentados: Abreu, Laurinda, *The political and social dynamics of poverty, poor relief and health care in early-modern Portugal*, N. Y., Routledge, 2016; Franco, Renato, *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011; Lopes, Maria Antonia & Paiva, José Pedro, “Introdução”, *Portugaliae Monumenta Misericordiarum – Sob o signo da mudança: de D. José I a 1854*, Lisboa, União das Misericórdias portuguesas, 2002, Vol. 7; Sá, Isabel dos G. *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no Império português (1500–1800)*, Lisboa: CNCDP, 1997; SÁ, Isabel dos Guimarães Sá & Lopes, Maria Antónia, *História Breve das Misericórdias Portuguesas, 1498–2000*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2008.

4. Não há espaço para aprofundar os conteúdos da crítica à ideia de virtualidade da pobreza, mas cabe apontar alguns autores que enfrentaram o tema: Jones, Jones & Barry, Jonathan (orgs), *Medicine and charity before the welfare state*, London and New York, Taylor & Francis e-library, 2003; Piven, Francis Fox & Cloward, Richard, *Regulating the poor: the functions of public welfare*, N. Y., Vintage Books, 1993; Himmelfarb, op. Cit.

5. Lopes, Maria Antonia & Paiva, José Pedro, op. Cit, p. 31

6. Bruno Barreiros, estudando concepções de corpo no iluminismo português, embora não chegue a abordar em detalhe a época liberal, aponta os distanciamentos entre discursos e práticas possíveis em Portugal. Seu argumento, sobre que não havia uma variável constante que permita observar políticas efetivas de controle das manifestações e comportamentos do “corpo”, parece-me, converge com os de Maria Antónia Lopes, especialmente quando a autora afirma que as intenções de construção dos socorros públicos em Portugal, presentes já nas ações pombalinas que buscaram controlar as misericórdias, sempre estiveram aquém das intenções em função de constrangimentos econômicos. Barreiros, Bruno, *Concepções de corpo no Portugal do século XVIII: sensibilidade, higiene e saúde pública*, Tese de doutorado, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 2014; Lopes, Maria Antónia, “Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVI–XIX)”, In *Estudos do século XX*, número 13, 2013, pp. 257–280.

7. ANTT, Hospital de São José, Livro 0947, Folha 1, frente e verso. Mantida grafia original.

8. ANTT, Hospital de São José, Livro 0947, Folha 5, frente e verso.

9. Lopes, Maria Antónia, “Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVI–XIX)”, In *Estudos do século XX*, número 13, 2013, pp. 257–280.

10. Os estudos sobre a Misericórdia de São Paulo no período aqui destacado ainda são poucos, e alguns voltados para os cuidados com o saneamento da cidade, por isso cabe citar aqueles que contribuíram para a formação dos argumentos aqui apresentados: Mantovani, Rafael, *Modernizar a ordem em nome da saúde: a São Paulo de militares, pobres e escravos (1805–1840)*, R. J., Fiocruz, 2017; Mesgravis, Laima, *A Santa casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884) – Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*, S. P., Conselho Estadual de Cultura, 1977; Carneiro, Glauco, *O poder da Misericórdia – A Santa Casa de São Paulo*, S. P.: Press, 1986; Silva, Márcia Regina Barros da, “História da assistência hospitalar em São Paulo: a subvenção do Estado às misericórdias paulistas”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.26, supl., dez. 2019, p.79–108; Silva, Márcia Regina Barros da, “Santa Casa de Misericórdia de São Paulo:

DA MISERICÓRDIA DE LISBOA À DE SÃO PAULO

saúde e assistência se tornam públicas (1875–1910)”, *Varia História*, 26 (44), 2010, 395–420; Franco, Renato, *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*, Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

11. Holanda, Sérgio Buarque de, *Caminhos e fronteiras*, S. P., Cia das Letras, 1994.

12. Franco, Renato, *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*, Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011; Gandelman, Luciana, *Mulheres para um Império: órfãs e caridade nos recolhimentos femininos da Santa Casa de Misericórdia (Salvador, Rio de Janeiro e Porto – século XVIII)*, Tese de Doutorado, Campinas, Unicamp, 2005.

13. Mantovani, Rafael, Op. Cit.

14. Medicci, Ana Paula, “As arrematações das rendas reais na São Paulo setecentista: contratos e mercês”, In, Oliveira, Cecília Helena L. S. & Marson, Izabel Aandrade (Orgs.), *Monarquia, liberalismo e negócios no Brasil, 1780–1860*, São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2013, pp. 37–68.

15. Acompanhar aqui o argumento de Laima Mesgravis, em livro já referido, sobre a presença de uma “geração da independência”, formada por fazendeiros, comerciantes, contratadores, letrados e administradores locais, muitas vezes a mesma pessoas ocupando mais de um desses lugares sociais e políticos, que se apropriou da Mesa da Misericórdia nas primeiras décadas do XIX, afastando os nomeados pela Coroa e colocando-a a serviço dos seus interesses. O debate sobre o lugar de São Paulo nos acontecimentos localizados nesta conjuntura tem sido debatido recentemente e tem sido possível observar as articulações dessa elite local junto às elites provinciais e às que atuavam junto à Coroa portuguesa e ao Império do Brasil após 1822. Destaco a pesquisa de Ana Paula Medicci, já citada, e os seguintes livros que reúnem abordagens sobre o tema: Oliveira, Cecília Helena L. S.; Bittencourt, Vera Lucia Nagib; Costa, Wilma Peres (Orgs.), *Soberania e conflito: configurações do Estado Nacional no Brasil do século XIX*, São Paulo, Hucitec/Fapesp, 2010; Oliveira, Cecília Helena L. S.; Costa, Wilma Peres (Orgs.), *De um Império a Outro. Estudos sobre a formação*

do Brasil, séculos XVIII e XIX, São Paulo, Hucitec, 2007; Oliveira, Cecília Helena L. S.; Marson, Izabel A. (Orgs.), *Monarquia, liberalismo e negócios no Brasil, 1780–1860*, São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

16. Império do Brasil. Lei de 1 de outubro de 1828, *Dá nova fôrma às Camaras Municipaes, marca suas atribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz* (mantida grafia original). Disponível em: [17. Silva, Márcia Regina Barros, “Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulistas entre 1830 e 1900”, In Mott, Maria L. & Sanglard Gisele \(orgs.\), *História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico \(1808–1958\)*, Barueri, SP, Minha Editora, 2011, p. 70.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-1-10-1828.htm#:~:text=LIM%2D1%2D10%2D1828&text=LEI%20DE%201%20DE%20OUTUBRO,e%20dos%20Juizes%20de%20Paz.&text=3%20Têm%20voto%20na%20eleição,na%20conformidade%20da%20Constituição%2C%20arts. Acesso julho de 2020</p></div><div data-bbox=)

18. Brasil, Lei 173 de 10 de setembro de 1893. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1824-1899/lei-173-10-setembro-1893-540973-publicacaoriginal-42519-pl.html> Acesso julho de 2020.

19. Wagner, David, *The poorhouse: America's forgotten institution*, Lanham, MD, Rowman & Littlefield Publishers, 2010. Há enorme debate sobre o significado e as origens dos termos *poorhouses*, *workhouses* e *almshouses*, acompanho as formulações de David Wagner, que estudou as *poorhouses* norte-americanas em relação às suas origens inglesas.

20. Sobre as articulações entre caridade e filantropia, consultar: Andrew, Donna T., *Philanthropy and police*, Princeton, Princeton University Press, 1989; Gorsky, Martin, *Charity and society in nineteenth-century Bristol*, London, The Royal Historical Society, Woodbridge, The Boydell Press, 1999; Wear, Andrew (ed.), *Medicine in society*, New York, Cambridge University Press, 1998.

21. Arendt, Hannah, *A condição humana*, R. J., Forense Universitária, 1993; Arendt, Hannah, *Sobre a revolução*, S. P.: Cia das Letras, 2011.

22. Caponi, Sandra, *Da compaixão à solidariedade – Uma genealogia da assistência médica*, R. J., Fiocruz, 2000, p.94.

O Hospício Pedro II e o tratamento dos/as negros/as (Brasil, 1844–1888)

* Graduada em
Psicologia(UFF) e História
(UNIRIO), Mestra em
Relações Étnico-Raciais
(CEFET/RJ)

** Doutora em História
das Ciências e da Saúde
(Fiocruz), professora e
pesquisadora do CEFET/RJ

A nossa reflexão posiciona-se no campo da história social da assistência à saúde da população negra, prestada no hospital de alienados do Brasil, Hospício Pedro II (HP II), na segunda metade do século XIX (1844–1888). O nosso propósito é apresentar o perfil da população cativa, liberta e livre que frequentou as enfermarias do HP II, nos seguintes aspectos: trajetória de internamento, condição jurídica e civil, idade, sexo, ofício, ainda que outras questões possam ser tangenciadas na composição das análises. Foram analisados 812 casos, sendo 227 escravizados; 163 libertos; 390 livres e 32 sem descrição da condição jurídica¹.

Estudar o negro no Brasil oitocentista implica em falarmos de uma população de condição jurídica heterogênea, regida por leis que tanto cerceavam seus direitos à liberdade, quanto a outorgava; de uma população tratada como objeto, que tinha “dono/a” a quem prestava contas e deveres, mas que se reinventou no espaço hostil do cativo². Alguns homens e mulheres apresentados nesse artigo conquistaram a tão desejada liberdade, entretanto, continuaram a portar outra marca que os manteve à margem da sociedade: a cor da pele. Dessa forma, o lugar de tratamento destinado ao negro – escravo, liberto ou livre – precisa ser pensado a partir do racismo, oriundo da escravidão moderna.

Esse estudo traz contribuições para o conhecimento da história da assistência à saúde da população negra. Apesar do crescimento dos estudos no campo da história da saúde e da escravidão, ainda carecemos de mais pesquisa sobre a alienação do negro³. Dessa forma, ao se debruçar sobre a construção do perfil da população escrava, liberta e livre atendida no Hospício Pedro II, contribuimos com uma historiografia recente que problematiza a sedimentação do racismo institucional a partir das marcas da escravidão moderna.

Trajetória do internamento

A primeira metade do século XIX trouxe consigo uma pressão social que exigia a restrição à livre circulação de alienados, possivelmente em decorrência de um processo de urbanização e da necessidade de manutenção da ordem nas cidades em crescimento. O espaço urbano aparece como definidor de novos padrões de controle social, para o qual uma das saídas foi a criação do Hospício Pedro II, pelo imperador, em meados do século XIX⁴. Essa instituição destinou-se ao atendimento de algumas categorias de loucura, em associação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a cátedra de Clínica Psiquiátrica⁵. Essa parceria desenhou o desenvolvimento da medicina mental brasileira, como categoria médica em formação nos oitocentos.

A criação do hospício, em 1852, carregou consigo modificações no paradigma de tratamento da loucura, até então, prestado de

modo rudimentar no Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. A primeira instituição hospitalar brasileira para alienados é muito explorada pela historiografia⁶, no entanto, o negro recebe pouco destaque, sendo ainda considerado pouco expressivo numericamente, diante do quantitativo geral de doentes.

As definições sobre a loucura estão atreladas a aspectos como lucidez e percepção que o sujeito apresenta acerca da realidade. Tomada pela razão, a loucura é entendida como um saber que esconde segredos e está calcada não na realidade do mundo, mas sim na realidade que se acredita existir⁷ (Foucault, 1964). No Brasil do século XIX, os médicos consideravam a loucura uma total ausência de razão, associada ao delírio, assumindo o caráter de doença mental entre os anos 30 do século XIX e os anos 20 do século XX.

A loucura poderia se manifestar de diversas formas, conforme pode-se perceber no gráfico 1. A mania e a demência foram as mais frequentes manifestações da loucura, entre os negros, naquele período, sendo 460 casos da primeira e 156 da segunda.

De acordo com a classificação pineliana, muito usada na primeira metade do século XIX, as quatro grandes espécies de alienação mental seriam: a mania, a melancolia, a demência e o idiotismo⁸. A medicina moderna definia a mania como “perturbação das faculdades intelectuais”. A demência era compreendida como um enfraquecimento ou perturbação completa da inteligência, associada à inatividade, indiferença, ou apatia moral⁹. Ela não possuía um sintoma propriamente dito, mas a possibilidade de todos os sintomas da loucura, com ampla carga de negatividade¹⁰. A história da loucura, na França, interpretou a demência como produzida por intoxicações do sistema nervoso provocada por substâncias como ópio, sicuta, ou por doenças incuráveis como a epilepsia, ou por malformação congênita, e ainda, por velhice.

Dentre as fichas de entradas de pacientes negros analisadas para este artigo, encontramos o registro de Gertrudes Maria da Conceição, 40 anos, lavadeira, parda, livre e residente na Corte do Rio de Janeiro, diagnosticada como portadora de mania. Ela deu entrada na enfermaria feminina do Hospício Pedro II em 13/03/1844, quando as obras do prédio principal ainda estavam em desenvolvimento e os atendimentos eram prestados em enfermarias provisórias contíguas a essas obras. Gertrudes foi uma das primeiras pacientes a ser registrada no Hospício Pedro II, visto que a sua ficha de internação foi a de número dois¹¹. **[Gráfico 1]**

O número de mortes de negros no hospício, para o período analisado, foi de 370 indivíduos, e 421 altas, muitas delas por cura. Do total analisado, 21 prontuários não apontam datas de saída por alta ou por óbito do paciente. Havia ainda uma terceira forma de saída: as fugas. Ocorreram 9 evasões de pacientes. Não podemos perder de vista que o internamento também era um dispositivo de privação da liberdade, de castigos e de trabalho compulsório.

O HOSPÍCIO PEDRO II

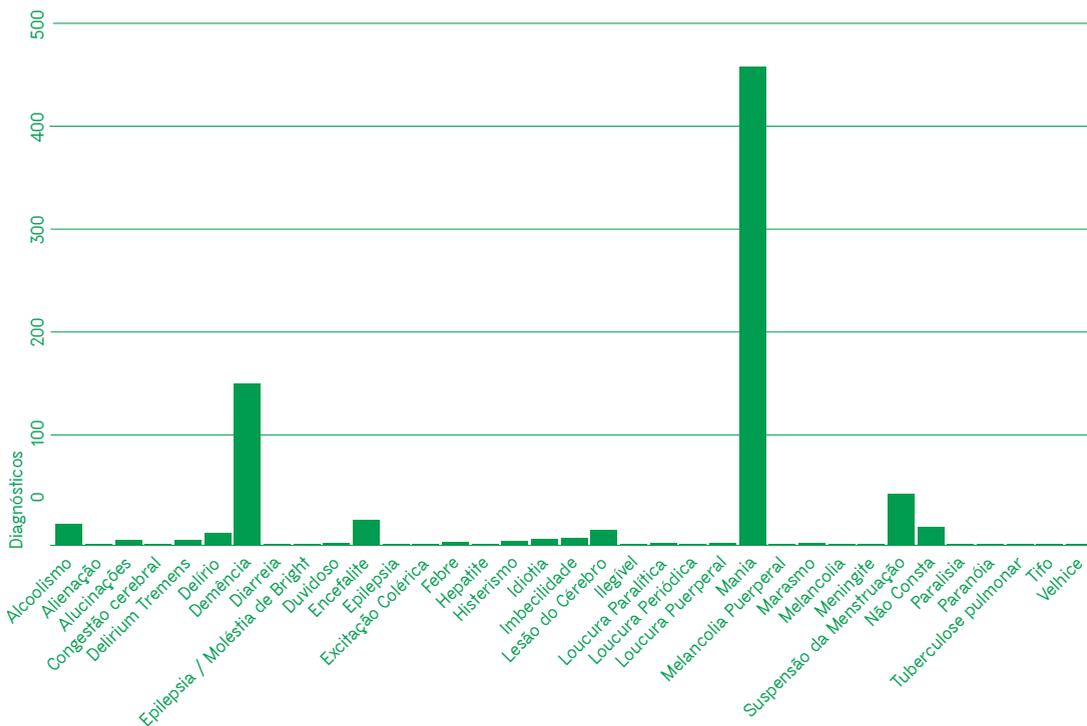


Gráfico 1
Diagnósticos
(1844-1888)

Fonte: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (doravante IMANS), Arquivo Permanente, *Fundo Hospício Pedro II*, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação 1858-1865 e Subsérie Papeleta 1844-1888.

Assim, as fugas do confinamento hospitalar parecem indicar que a razão para estes não estava totalmente perdida, e a articulação de planos ou aproveitamento de oportunidades era possível.

O hospício trazia consigo algumas divisões estruturais e clínicas: os internos eram separados em alas distintas por sexo (homens e mulheres), por condição jurídica (livres e escravos) e econômica (pensionistas de 1^a, 2^a e 3^a classe, pobres e indigentes¹²). Para ocupar uma vaga e ser regularmente matriculado, o doente precisava cumprir requisitos burocráticos e necessitava da interlocução de alguns agentes sociais, como o departamento de polícia das regiões onde habitava ou autorização do provedor da Santa Casa, além do pagamento de cotas para as internações nas 1^a, 2^a e 3^a classes.

Encontramos um percentual de internos masculinos ligeiramente maior que o feminino, representando 55% dos pacientes, ou seja, do total de 812 pacientes, 449 eram homens. Os 45% restantes representavam 363 mulheres. Essa diferença é compatível com a dinâmica populacional da cidade do Rio de Janeiro, uma vez que o quantitativo de homens negros superava o das mulheres negras. Essa diferença entre os sexos pode ser explicada pelo movimento do tráfico internacional de escravos, visto que a importação de homens era maior do que a de mulheres¹³. Não é demais lembrar que, se compararmos o fluxo de pacientes no Hospício Pedro II com a de outras instituições assistenciais hospitalares no século XIX, observamos que, no Brasil e em Portugal, o público masculino também prevaleceu sobre o

	1ª C	2ª C	3ª C	Exército	Indigente	Pobre	Província	Ilegível	Não consta	Total
Condição Jurídica										
Escrava		1	189		20	12		1	4	227
Liberta		1	1		105	53	1		2	163
Livre	2	9	40	6	251	84	14	1	3	390
Ignora-se						1				1
Não Consta			1	3	14	4	3		6	31
Total	2	11	231	9	370	154	18	2	15	812

Tabela 1
Classe X Condição
Jurídica (1844-1888)

Fonte: IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação 1858-1865 e Subsérie Papeleta 1844-1888.

feminino. Essa foi uma tendência explicada pela movimentação das cidades portuárias ou pela demanda agrícola¹⁴.

Até o ano de 1862 o Hospício recebia alienados encaminhados pelas autoridades públicas de todas as regiões do Brasil, sem diferenciar sexo, raça ou condição jurídica. O fluxo de entrada de pacientes, em suas primeiras décadas de funcionamento, foi intenso e se configurou, em grande escala, pelo envio dos doentes pelos órgãos públicos, a pedido de proprietários de escravos, familiares, companhias estrangeiras e representações consulares.

Para o período estudado, das 812 fichas analisadas, 402 pacientes foram encaminhados pela polícia, 225 vieram através de despacho da Santa Casa da Misericórdia; 21 foram registradas a pedido direto do proprietário do escravo e 17 a pedido de algum familiar. As forças armadas também aparecem nessa lista de internantes, com 32 internações solicitadas para seus integrantes. Destacamos que preservamos todas as informações contidas nos documentos analisados, portanto, apontamos como internante o órgão ou pessoa física registrada no prontuário do paciente, visto que foi quem emitiu o documento com a solicitação, ainda que tenhamos o entendimento de que, muitas vezes, esses órgãos foram apenas os intermediários e não os solicitantes, de fato.

Cartografia dos espaços de internamento a partir de critérios sociais

Na tabela 1 agrupamos os doentes negros levando em conta a condição jurídica e as classes de internamento, conforme consta no estatuto de funcionamento do hospício¹⁵. Havia o público diretamente pagante, distribuídos nas 1ª, 2ª, e 3ª classes e os militares¹⁶; os indigentes, pobres e aqueles que eram enviados pelos órgãos da Província, como a polícia e a Santa Casa, tinham suas internações custeadas pelo orçamento disponível para o hospício como um todo, através de dotação orçamentária ou liberação de loterias¹⁷. [Tabela 1]

O termo “pobre” era grafado em campo específico das fichas de internamento onde se indicava a classe em que o doente estava internado. Localizamos 154 desses casos no material analisado. Os

estatutos não fazem menção a essa classificação, diferente do termo indigente, definido no Art. 5º do estatuto como aqueles “admitidos gratuitamente” no Hospício Pedro II, os quais representam 370 casos analisados (vide tabela 1). Entendemos que o custo dessas internações “gratuitas” era financiado pelo estado, através de verba disponibilizada à instituição, e que o pobre era aquele que possuía algum meio de sobrevivência, ainda que uma linha muito tênue separasse a pobreza e a indigência.

Foi internada como indigente a escravizada Theresa, preta mina, de propriedade de D. Ilídia Maria da Silva Rangel, classificada como pobre, pois vivia de esmolas e, por esse motivo, solicitou a internação da escrava na ala de indigente.¹⁸ Ainda que a pobreza na história do Brasil seja uma categoria vaga e imprecisa, emerge da documentação trabalhada nessa pesquisa uma tipificação do pobre que se aproxima do enquadramento realizado por Walter Fraga Filho¹⁹ referente aos pobres em Salvador: aqueles que possuíam um casebre, um escravo, algumas roupas e móveis; os que não tinham escravos e viviam do próprio trabalho estavam na condição de extrema pobreza.

Na 3ª classe da instituição foram internados 231 enfermos, em sua maioria pacientes escravos custeados pelos proprietários. Pesquisas recentes cruzando saúde, assistência e escravidão têm possibilitado um tratamento mais objetivo da documentação pública e privada, disponível nos arquivos brasileiros, viabilizando a construção de novas leituras sobre as condições de salubridade de pobres, escravos e negros libertos no Brasil do século XIX²⁰. Esses estudos apontam que os proprietários de escravos organizavam um aparato de assistência aos escravizados a partir da contratação de médico de partido, de organização de hospitais e enfermarias, bem como custeando o tratamento em casas de saúde e hospitais urbanos.

Os familiares de negros livres também custearam o internamento dos seus nas 2ª e 3ª classes do hospital. Esse foi o caso de Anna Davidson, internada, inicialmente na 2ª classe do hospício, em 1855, a pedido e responsabilidade de seu pai. Ela foi transferida para 3ª classe após o falecimento do mesmo, o que indica que a família passou a ter mais dificuldade em financiar as despesas. Como pensionista de 1ª classe apenas uma mulher preta, de 30 anos, nominada Maria da Fé, com despesas pagas por Bernardino José Alves. Ela esteve no hospital em duas ocasiões distintas, em 1865, transferida da Casa de Saúde de propriedade do Dr. Francisco Praxedes de Andrade Pertence, situada à rua de Matacavallos, nº 88²¹.

O desenraizamento e afastamento familiar provocado pela diáspora africana não passaram despercebidos pela literatura médica do século XIX, ainda que poucos reconhecessem a brutalidade da escravidão moderna como causa de adoecimento. Esse diagnóstico consta na ficha de Benedicto Alves, livre, pardo escuro, solteiro, internado por 2 meses no HP II²²:

“Do Hospital de Marinha da Corte remete-se para o Hospício Pedro Segundo o Grumete da Armada Benedicto Alves, natural da Província do Paraná, solteiro, de 30 anos de idade, que entrou para o dito Hospital a 3 de setembro último, alienado. O que sabemos somente é que este infeliz fora recrutado em sua província e remetido para a Corte, chegando a bordo do navio de onde viera para o hospital já alienado. Parece-nos que o fato de ser um indivíduo arrancado de seu lugar de nascimento, e talvez a uma família, e ainda mais o terror que infunde o recrutamento pelo interior do novo país é suficiente para desarranjar sua razão fraca e sem cultura. Portanto acreditamos que foram as causas da alienação, que classificamos de mania.”

Alguns negros ingressaram no hospital como escravizados e, ao longo do tratamento, foram alforriados. Tal manobra estava longe de ser um ato de caridade ou de humanismo. Tratava-se de uma estratégia de evasão das despesas geradas com o tratamento. Para o proprietário era mais vantajoso se livrar do escravizado do que gastar com a doença deste. Esse foi o caso da preta Maria de Jesus, internada aos 70 anos, como escrava de Francisca Roza Umbellina e que, no decorrer da permanência no hospital, tornou-se liberta. Juvêncio foi outro interno, abandonado à própria sorte, passando a pertencer à Santa Casa da Misericórdia e depois alforriado, em circunstâncias que desconhecemos²⁵.

Além desses dois casos, localizamos mais 14 internos que transitaram da servidão à liberdade durante a permanência no hospital. Dessas 16 alforrias, apenas duas foram emitidas para escravizados com mais de 70, mais precisamente em 1883 e 1885; uma delas já na vigência da Lei dos Sexagenários (1885).

Faixa etária dos doentes

Na coleta dos dados observamos que a idade dos pacientes foi constantemente anotada pelos responsáveis que preenchiam as fichas: dos 812 registros médicos consultados, apenas 45 não informam a idade do doente, estimada de acordo com o gráfico 2. Os estatutos do Hospício Pedro II²⁴ não definiam idade mínima ou máxima para internação, indicando apenas que a idade precisava constar nos ofícios de requisição, juntamente com outras informações como naturalidade, residência e condição civil (Art. 11º).

O público masculino apresentava idades entre 06 e 90 anos, majoritariamente escravos e livres, enquanto as mulheres possuíam idade que variavam entre 08 e 93, majoritariamente forras e livres. [\[Gráfico 2\]](#)

Em 54 registros a idade foi informada como “presumível”, indicando que ela foi atribuída por quem a registrava, considerando, possivelmente, aparência e características físicas

O HOSPÍCIO PEDRO II

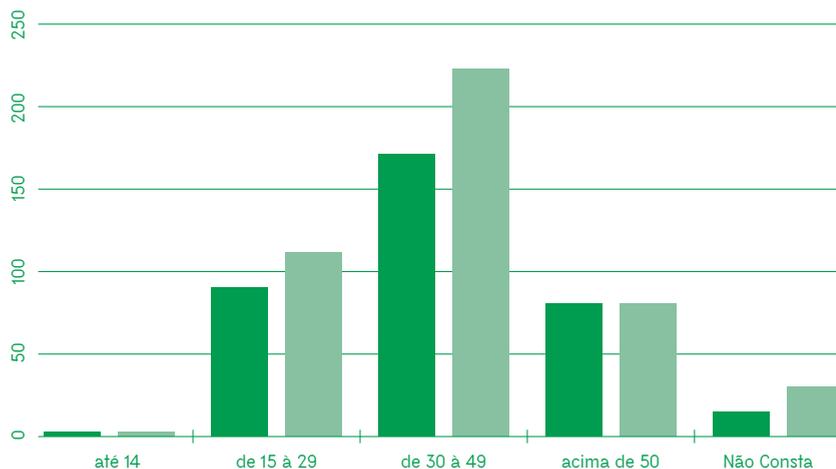


Gráfico 2
Internações X Faixa etária
(1844-1888)

Fonte: IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação 1858-1865 e Subsérie Papeleta 1844-1888.

■ Femenino
■ Masculino

do doente. Assim foi com Leocadia Maria da Conceição, internada na classe de indigente por nove anos, entre novembro de 1875 e outubro de 1884, parda, livre, com 35 anos “presumíveis”. O mesmo ocorreu com Gregório, preto libertado com “90 anos pra mais”, internado por velhice; idem para Ibrahim Barreto, segundo o documento da subdelegacia da Freguesia da Candelária, assinado por Joaquim José Pacheco: “Ibrahim Barreto, crioulo natural desta corte, livre, de 19 anos pouco mais ou menos, aprendiz de carpinteiro está acometido de alienação mental e como tem acessos de frenesi precisa ser recolhido ao Hospício Pedro Segundo”.²⁵

Ricardo Salles²⁶ ao trabalhar com uma divisão para escravizados no século XIX aponta que a primeira delas era constituída por indivíduos de até 12 anos, classificados como “inocentes”, “anjinhos”, “crianças”. Já Mary Karasch²⁷ considera adultos a partir dos 10 anos de idade e aponta como inocentes os bebês, crianças começando a andar, e crianças pequenas com idade desconhecida, mas aparentemente inferior a seis anos. Aqui tomaremos como base para definir a infância o código criminal de 1830, em seu Art. 10º, que estabelece a maioridade penal como 14 anos.²⁸

Dentre os internos identificamos a existência de seis crianças negras, sendo três meninas e três meninos, com idades entre 06 e 13 anos: Antonio, um menino de 13 anos internado entre os anos de 1864 e 1865, desempenhava funções nos serviços domésticos na propriedade de seu senhor, Luiz José Fernandez Braga, situada à rua do Ouvidor, nº 139. No atestado médico constava: “Atesto que o moleque Antonio, escravo de Luiz José Fernandez Braga, sofre de alienação mental e precisa ser acolhido no Hospício Pedro 2º. Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1865. Drº. Joaquim Antonio; [...]”; Claudio, menino pardo e livre, de seis anos de idade que deu entrada no Hospício Pedro II em 01/09/1868, a pedido de sua mãe, Leopoldina Maria da Conceição. Claudio era livre e foi diagnosticado como imbecil, permanecendo na instituição por um mês e oito dias, período após o qual recebeu alta, também a pedido de sua mãe; João, de condição jurídica livre e com oito anos de

idade, é enviado do asilo de mendicidade ao hospício com parecer emitido pelo Dr. José Francisco de Souza Lemos, médico legista privativo da polícia²⁹, atestando a sua alienação com acessos de furor, a qual, após período de 30 dias de observação, é refutada pelo médico do Serviço Sanitário do Hospício Pedro II, Dr. Ignacio Francisco Goulart, o qual solicita a sua saída da instituição. Apesar dessas determinações e da indicação de que incuráveis não devessem mais fazer parte do quadro de internos do hospício (considerando os estatutos de 1858), o chefe de polícia da corte, Luiz Carlos de Paiva Siqueira, emite, em 30 de junho de 1868, resposta onde diz não haver vagas para acolhimento de João no dito asilo de origem. Assim, 21 dias após a emissão da resposta da Secretaria de Polícia, João é admitido no Hospício Pedro II, diagnosticado como idiota. Seu diagnóstico também acusa tísica pulmonar, não mencionada no atestado médico do Dr. Ignacio Francisco Goulart, ou nos demais anexos do paciente. Na data de 09/08/1868, João veio a óbito por marasmo³⁰.

Sobre Paulina, negra de 13 anos de idade, sabemos que ela foi libertada por seu proprietário, Pedro Simonard, no ano de 1873. Internada na classe de pobre do hospício, com uma mania agitada, permaneceu em tratamento por um ano e sete meses, saindo de lá, de acordo com os anexos de sua documentação, por requisição de sua mãe, Joaquina Henriqueta. No entanto, na sua ficha de entrada consta que sua alta se deu a partir da determinação feita pelo Artigo 23º do regimento interno de 1858, o qual estabelecia que os indivíduos encaminhados para a instituição, que fossem reconhecidos como idiotas, imbecis, epiléticos, paralíticos, dementes – considerados incuráveis – poderiam viver com suas famílias, não devendo ocupar, no hospício, os lugares destinados àqueles doentes que poderiam recobrar a razão³¹; duas outras pacientes, meninas negras de condição jurídica desconhecida, foram encaminhadas ao hospício: Claudina, oito anos de idade e Febrônia, com 10 anos. A documentação referente à internação de Claudina alude às duas pacientes em questão. Os documentos esclarecem que elas foram remetidas pela Santa Casa da Misericórdia por sofrerem de epilepsia. Claudina e Febrônia foram matriculadas como indigentes, com a emissão de parecer no dia 29/08/1888, pelo Dr. Francisco Claudio, e com despacho do Provedor, o Barão de Cotegipe, em 31/08/1888. Claudina recebeu na instituição dois diagnósticos: Moléstia de Brigh³² e epilepsia. Permaneceu em internação por quase dois anos e em 01/06/1890 veio a óbito. Febrônia, por sua vez, diagnosticada com idiotia consecutiva à epilepsia, ficou menos tempo em internação, falecendo por um processo degenerativo sete meses e 21 dias após a sua entrada³³.

O falecimento de crianças foi documentado por Mary Karasch³⁴, para a primeira metade do século XIX, o que a pesquisadora descreve como “uma espantosa morte de crianças escravadas antes dos catorze

anos de idade”, partindo de amostras recolhidas nos registros da Santa Casa. Ela demonstra que esse número de falecimento tinha uma proporção parecida entre meninos e meninas, e indica que crianças deixadas na Casa dos Expostos morriam ainda em maior número, um ano após seu abandono.

Outra particularidade a ser registrada é a de crianças enviadas do hospício para a Casa dos Expostos. Para Gisele Sanglard³⁵ essa última instituição passou a exercer a função de abrigo e hospital infantil, em paralelo ao cuidado com as crianças abandonadas e órfãs, em fins do século XIX e primeiras décadas do XX. Assim sendo, a mobilidade de pacientes e, nesse caso em particular, de filhas e filhos de mulheres doentes, revela a incapacidade temporária da mãe de cuidar da criança, principalmente do recém-nascido que precisava ser aleitado. A pesquisadora, ao tratar do perfil racial das crianças ingressas na Casa dos Expostos, entre 1870-1920, demonstra que 58% eram afrodescendentes (pardas e pretas).

No outro extremo da faixa etária encontramos 252 registros de negros acima dos 50 anos de idade, considerados velhos para a vida escravizada, e que possivelmente foram submetidos a maus tratos físicos e psíquicos, má alimentação, trabalhos pesados e moradia insalubre³⁶.

Origens e ofícios

Das 812 fichas analisadas localizamos 268 pacientes africanos, entre os quais 126 eram escravos, 110 libertos e 32 livres. Nas fichas de internação e seus anexos há quantidade expressiva de locais de origem que remetem aos reinos, portos, feiras e mercados africanos. A identidade geográfica ou étnica aparecia, por vezes, seguida do nome do paciente, como se constituísse um sobrenome: mina, monjolo, cassange, cabinda e congo. Essas designações não eram, portanto, representativas das etnias às quais pertenciam antes de serem capturados no seu continente de origem e transformados em escravos na diáspora atlântica. Assim, muitos africanos levados pelo tráfico eram catalogados como pertencentes a grupos étnicos diferentes daqueles de origem.³⁷

Dos outros 450 pacientes negros 307 eram livres, 85 escravos e 47 libertos. Havia 93 registros que não permitiram identificar a origem do paciente por ausência de anotação, rasura, ou escrita ilegível.

Os escravizados trabalhavam em todas as atividades laborais, desde a agricultura até a manufatura, passando pelos serviços domésticos e serviços urbanos. Entretanto, para as mulheres as principais ocupações registradas nas fontes foram: lavadeira, engomadeira, costureira, doméstica e cozinheira; para os homens as atividades mais recorrentes eram lavrador, carpinteiro, pescador, marceneiro, escravo de ganho e vários negros

pertencentes às forças armadas. Vale destacar que ao longo do século XIX muitos escravizados, libertos e fugitivos ingressaram na Marinha de Guerra Brasileira como uma estratégia, deveras arriscada, para alcançar a tão sonhada liberdade.³⁸

Como uma característica da escravidão urbana, os escravos de ganho poderiam ser vendedores ambulantes, amas de leite, estivadores, operários nas indústrias, dentre outras atividades³⁹. Os escravizados entregavam, para o proprietário, a quantia arrecadada com o seu trabalho. Essa era a profissão de Listo, internado em dezembro de 1863 na 3ª classe do hospício, às expensas de seu senhor, Vicente [Pereira A. S.]. Também se ocuparam do ganho os pretos Antonia e Antônio José, internados nos anos de 1856 e 1863, respectivamente. Ambos africanos, ela mina de 36 anos, e ele angolano de 46 anos, exerciam nas ruas da cidade a função de quitandeiros, outra espécie de comércio de rua. Esses poderiam vender nas ruas das cidades frutas, verduras, legumes e ovos em cestos abertos, carregados à cabeça; outros vendedores ambulantes vendiam bolos, pães e tortas, e até bijuterias.⁴⁰

Considerações finais

Consideramos que foi imposto ao negro, atravessado pela diáspora escravista moderna, um tratamento de exclusão e inferioridade. Por gerações ele foi maltratado, torturado, ferido, negligenciado, sofrendo toda sorte de dificuldades, capazes de levar um ser humano a um sofrimento psíquico incalculável. Foi submetido a torturas físicas e psíquicas, privado de direitos básicos como alimentação, roupas, relações afetivas e, principalmente, a privação da liberdade. Tal condição de existência proporcionava um limite tênue entre a sanidade e a loucura. Esse quadro foi agravado pelas questões culturais, uma vez que os escravagistas e a medicina não levaram em consideração cosmovisões diferentes da europeia cristã.

Se a condição de escravizado deixou marcas indelévels no corpo e na alma, a condição de liberto e livre, para os nascidos em território brasileiro, não foi menos dolorosa. No campo da assistência à saúde os primeiros eram, minimamente amparados, enquanto os segundos estiveram completamente desassistidos quando doentes, dependendo da intervenção da polícia, da igreja ou da caridade.

Em hipótese alguma trabalhamos na perspectiva de vitimização dos negros. Contudo, é fulcral discutir a condição compulsória de exclusão, de apagamento da memória e de naturalização das desigualdades quando se fala em assistência à saúde. Essa agenda de investigação assenta-se na tríade que trouxe muitas cargas negativas aos negros: a cor da pele, o cativo e a loucura. Essas experiências atravessaram os espaços de assistência à saúde, formataram assimetrias na definição e no tratamento da loucura, modelando o que hoje chamamos de racismo institucional.

Notas

1. As principais fontes utilizadas foram os arquivos médicos de pacientes negros internados no Hospício Pedro II entre os anos de 1844 e 1888, compostos pelas fichas de entrada (prontuários) e documentos anexos, tais como atestados médicos, pedidos de internação provenientes da polícia e das forças armadas, cartas de alforria, entre outros, perfazendo 812 registros, como dito. Esses arquivos fazem parte do acervo custodiado pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS). A despeito dos dados que apresentamos nessa reflexão terem sido analisados na totalidade para os anos indicados, apontamos que eles não representam o quantitativo real dos doentes tratados no hospício, visto que ao longo do tempo os documentos institucionais sofreram constantes deslocamentos de espaço físico. É provável que, com essa movimentação, muitos registros tenham se perdido. Isso também explica a divergência dos dados apresentados pela historiografia com a qual dialogamos e que aparecerá no decorrer da nossa análise. Salientamos ainda que, a documentação do Hospício Pedro II, atualmente, se encontra dividida entre os seguintes arquivos: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS), Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) -, Arquivo Nacional, Museu Penitenciário - Manicômio Judiciário - documentação anteriormente pertencente à Sessão Lombroso a respeito dos loucos criminosos - e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) - em particular, o material do Pavilhão de Observação.

2. Ver os trabalhos sobre Irmandades e reinvenção do cotidiano em Mac, Marcelo (Coord.), *Artífices da cidadania: mutualismo, educação e trabalho no Recife oitocentista*, Campinas, FAPESP/Editora da Unicamp, 2012; Barreto, Maria Renilda; Cerqueira, João Batista, "Assistência à saúde no interior da Bahia oitocentista: A Irmandade da Santa Misericórdia de Nazaré", in Barreto, Maria Renilda; Sanglard Gisele; Ferreira, Luiz Otávio (Orgs.), *A interiorização da Assistência: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência à saúde no Brasil (1850-1945)*, vol. 1, Belo Horizonte, Fino Traço, 2019, p. 205-232.

3. Gonçalves, Monique de Siqueira, *Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura a "nevrozes" e*

da loucura na corte Imperial (1850-1880), Tese (Doutorado), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011; Ribeiro, Daniele Corrêa, *Os sentidos do Hospício Pedro II: dinâmicas sociais na constituição da psiquiatria brasileira (1841-1889)*, Tese (Doutorado), Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2016. Oda, Ana Maria Galdini Raimundo; Oliveira, Saulo Veiga. "O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão", in *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), v. 15, 2008, pp. 371-388. Oda, Ana Maria Galdini Raimundo. "Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo", in *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (Impresso), v. 11, 2008, pp. 735-761.

4. Oda, Ana Maria Galdini; Dagalarrondo, Paulo, "O início da assistência aos alienados no Brasil ou a importância e necessidade de estudar a história da Psiquiatria", in *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. ano VII, n. 1, mar/2004.

5. A consolidação da medicina mental foi efetivada enquanto disciplina nas Faculdades de Medicina do país apenas em 1879. Chama a atenção o fato de que, até então, a medicina mental ainda não era considerada uma especialidade médica e era estudada como parte da Cadeira de Clínica Médica nas faculdades de medicina (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz).

6. Machado, Roberto et al, *Danação da Norma: a medicina social e a constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978; Engel, Magali, *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro, 1850-1930*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001; Venancio, Ana Teresa A., "Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX", in *História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro*, v. 18, supl. 1, dez. 2011, pp. 35-52.

7. Foucault, Michel, *História da Loucura*, Rio de Janeiro, Perspectiva, 1964.

8. Teixeira, Manoel Olavo Loureiro, "Pinel e o nascimento do alienismo", in *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (online), v. 19, 2019, pp. 540-560.

9. Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão, *Dicionário de Medicina Popular*, Paris, Casa do Autor, 1878.

10. Foucault, Michel, *História da Loucura*, Rio de Janeiro, Perspectiva, 1964.

11. IMANS, Arquivo Permanente, *Fundo Hospício Pedro II*, Série Internação, Subsérie

Notas

Dossiê de Internação, Série Internação, DC 05, 13.

12. De acordo com o Art. 20º do estatuto de funcionamento da instituição, a classificação definida no artigo anterior a ele indicava que a quantidade de classes de internação poderia ser alterada para um maior número de subdivisões, desde que os facultativos clínicos do hospital estivessem de acordo e fosse autorizado pelo Provedor, sempre que se entendesse que a alteração poderia ser útil ao serviço e tratamento dos doentes. Dessa forma, a partir do ano de 1868, começamos a identificar nos dossiês de internação, nomenclaturas diferenciadas, anotadas em campo próprio, destinado a definir a classe onde o doente seria internado, tais como 'exército', 'armada' e 'província'. Na década de 70, esse processo se intensifica. As transformações administrativas, nesse período, passaram a dificultar o acesso às internações no hospício, visando à redução do número de internos e dificultando a entrada de indivíduos mais pobres. Órgãos como Polícia da Província e as Forças Armadas se tornam fundamentais nessas mediações, negociando vagas e, possivelmente, justificando o surgimento dessas novas nomenclaturas Ribeiro, Daniele Corrêa, *Os sentidos do Hospício Pedro II: dinâmicas sociais na constituição da psiquiatria brasileira (1841-1889)*, Tese (Doutorado), Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2016, p. 108.

13. Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000; Salles, Ricardo, *O Vale era escravo. Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.

14. Barreto, Maria Renilda, *A medicina luso-brasileira - Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*, Tese (Doutorado) - Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005; Lopes, Maria Antônia. "Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na segunda metade do século XIX", in Hernández Borge; González Lopo, Domingo L., *Migraciones y Sanidad: antiguos y nuevos desafíos*, Santiago de Compostela, Alvarellos Editora, 2017, pp. 145-184.

15. BRASIL. *Decreto 1.077 de 04 de dezembro de 1852*. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653->

publicacaooriginal-81699-pe.html. Acesso em: 07 out 2019.

16. O Artº 8º do estatuto de funcionamento refere-se aos vencimentos pagos ao doente no período de sua internação, uma vez que a classe em que ele poderia ser internado deveria regular com o valor de seu pagamento. Para algumas fichas de internação, o registro feito apontava apenas a sua classificação como "exército" ou "armada".

17. Estatuto. Arquivo Nacional. Código de Acesso: IS'6 (1858-1863).

18. Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (doravante IMANS), Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 22, 29.

19. Fraga Filho, Walter, *Mendigos e Vadios na Bahia do século XIX*, São Paulo e Salvador, Hucitec e Edufba, 1996.

20. Marquese, Rafael de Bivar, "Revisitando casas-grandes e senzalas: a arquitetura das plantations escravistas americanas no século XIX", in *Anais do Museu Paulista: História e Cultura*, 2006, pp. 11-57; Assis, Marcelo Ferreira de, "Por entre escravos e doentes: o caminho da morte no cativo", in *Cadernos de História*, v. 8, n. 9, 2006, pp. 107-125; Mattos, Débora Michels, "Do que eles padeciam... Doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina" (1850-1859)", in Pimenta, Tânia; Gomes, Flávio, *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*, Rio de Janeiro, Outras Letras, 2016; Porto, Angela, "Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX", in *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, 2008, pp. 726-734; Barbosa, Keith. V., *Escravidão, Saúde e Doenças nas plantations cafeeiras do Vale do Paraíba fluminense*, Cantagalo (1815-1888), Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014; Oliveira, Rogério Siqueira de, *Assistência à saúde dos escravos em juiz de fora (1850-1888)*, Dissertação (Mestrado em Relações Étnico-Raciais) - CEFET/RJ, 2016; Barreto, Maria Renilda; Pimenta, Tânia, "A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do hospital da misericórdia", in *Revista Territórios e Fronteiras*, Cuiabá, vol. 6, n. 2, jul.-dez, 2013; Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000; Pimenta, Tânia; Gomes, Flávio, *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*, Rio de Janeiro, Outras Letras, 2016.

O HOSPÍCIO PEDRO II

21. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 02, 80; DC 03, 45.
22. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 05, 81.
23. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 05,45; 07, 64.
24. Definido pelo Decreto 1.077 de 04 de dezembro de 1852.
25. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 17, 77; DC 03, 44; DC 08, 86.
26. Salles, Ricardo, *O Vale era escravo. Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.
27. Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.
28. Brasil. Lei de 16 de Dezembro De 1830. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm.
29. Almanak Laemmert, 1868, p. 471.
30. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 11, 31; DC 14, 68; DC 15, 09.
31. Engel, Magali, *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro, 1830-1930*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.
32. Albuminuria (moléstia de Brighth - nome do médico que primeiro a descreveu em 1827 - ou Nefrite albuminosa - pois também afetam os rins) é o nome dado à doença que apresenta como principal sintoma a presença da albumina na urina. Ela pode se manifestar em todas as épocas da vida, inclusive na infância. Comum nos climas frios e muito rara no Rio de Janeiro. Pode se manifestar na forma aguda, quando apresenta sintomas que vão do calafrio ao calor e sede, característico das doenças inflamatórias; e na forma crônica, quando há um quadro de dor (Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão, *Dicionário de Medicina Popular*, Paris, Casa do Autor, 1878, p. 89).
33. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, DC 18, 66; DC 21, 39; DC 21, 47.
34. Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.
35. Sanglard, Gisele, "Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920)", in *Revista Portuguesa de História* - t. XLVII (2016).
36. Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000; Salles, Ricardo, *O Vale era escravo. Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.
37. Mattos, Regiane Augusto, *De cassange, mina, benguela a gentio da Guiné*, Tese (doutorado), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2006.
38. Nascimento, Álvaro Pereira do, "Do cativo ao mar: escravos na Marinha de Guerra", in *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, n.38, 2000, pp. 85-112.
39. Karasch, Mary, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000; Soares, Luiz Carlos, *O povo de Cam na capital do Brasil: A escravidão urbana no Rio de Janeiro do Século XIX*, Rio de Janeiro, FAPERJ, 7 letras, 2007.
40. IMANS, Arquivo Permanente, Fundo Hospício Pedro II, Série Internação, Subsérie Dossiê de Internação, Série Internação, DC 11, 10; 04, 37; DC 10, 58.

ANNE THEREZA DE ALMEIDA PROENÇA*

Uma Casa que Servia de Hospital: A Organização da Assistência à Saúde nos Complexos Cafeeiros do Vale do Paraíba Fluminense (1840–1880)

*Doutoranda do Programa
de Pós-Graduação em
História das Ciências e da
Saúde da Casa de Oswaldo
Cruz/FIOCRUZ. Bolsista
Nota 10 da Fundação de
Amparo à Pesquisa do
Estado do Rio de Janeiro
(FAPERJ)

O presente artigo tem como objetivo analisar os hospitais que eram instalados nos complexos cafeeiros do interior da Província do Rio de Janeiro durante as décadas de 1840 a 1880, período no qual o denominado Vale do Paraíba consolidou seu lugar de destaque no Império brasileiro e no mercado internacional devido à riqueza proveniente da exportação do café. Para tal, interessa-nos apresentar o quanto estes estabelecimentos tiveram um papel importante para a expansão da assistência à saúde na região, tornando-se um dos principais focos de atuação dos médicos.

Quando se fala em Vale do Paraíba Fluminense, mais do que uma delimitação geográfica da área que pertence à bacia do Rio Paraíba do Sul na antiga Província do Rio de Janeiro, destaca-se seu perfil social, político e, principalmente, econômico, que foram moldados de acordo com a ocupação e com a dinâmica das relações de interdependências formadas dentro daquele espaço, em um contexto que se mostrava favorável para o desenvolvimento da região¹. No núcleo desta sociedade, estavam os megas e grandes proprietários, categorias estabelecidas por Ricardo Salles (2008)², que serão apresentadas mais à frente.

A elite cafeicultora buscava aproximar cada vez mais “os códigos de comportamento da província enriquecida aqueles das capitais, não só do Império, mas de todo mundo ‘civilizado’”³. As fazendas eram os núcleos principais de atuação destes proprietários e seus herdeiros na região, nas quais determinavam onde atuariam e quem seriam as pessoas que frequentariam suas terras. E não eram espaços estáticos, mas constantemente negociados e dinâmicos, que acompanhavam acontecimentos e mudanças externas a eles⁴.

A formação da classe senhorial no interior fluminense também se fortalecia a partir de “formas de solidariedade horizontal”⁵. Os fazendeiros tinham a preocupação de fornecer auxílio dentro de suas redes como forma de manter o grupo social unido, de reforçar a proteção e de confirmar a sua hegemonia frente aos outros proprietários da região. E o apoio à saúde constituía uma das principais ferramentas para enaltecer a autoridade destas importantes famílias, seja através do financiamento às unidades de assistência, como os hospitais mantido por irmandades, com destaque para a Misericórdia, ou da instalação de hospitais em suas fazendas⁶, foco principal deste artigo.

Segundo Gisele Sanglard (2020)⁷, a criação de Casas de Caridade respondia às exigências da Lei dos Municípios de 1828. Tânia Pimenta (2017) indica o argumento à época de que “as Casas de Caridade deveriam ser estabelecidas, de preferência, em cidades mais importantes, facilitando-se os meios para que a população das localidades menos populosas pudesse ter acesso”⁸. Assim, ao olhar para o Vale do Paraíba Fluminense, encontramos este tipo de instituição em sete das doze cidades aqui analisadas⁹, acompanhando a expansão da produção cafeeira na província e o crescimento e desenvolvimento populacional de cada local.

As primeiras a serem fundadas estavam ligadas à Irmandade da Misericórdia: Resende (1835), Valença (1838), Vassouras (1853) e Barra Mansa (1867)¹⁰. A de Piraí, ligada à Irmandade do Santíssimo Sacramento, foi estabelecida na década de 1860¹¹, a de Cantagalo foi criada pela Loja Maçônica Capitular Confraternidade Beneficente em 1875¹², e a de Paraíba do Sul, ligada à Irmandade de Nossa Senhora da Piedade, foi fundada em 1883. Neste último caso, além da assistência aos enfermos, também contava com um local para acolhimento de órfãos e uma escola de instrução primária¹³.

Tânia Pimenta (2017) aponta ainda que, nos *Relatórios dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro*, a principal questão apresentada “dizia respeito ao orçamento e ao patrimônio das Casas de Caridade que, em geral, inspiravam cuidados. A administração provincial, no entanto, não se limitava a destinar mais recursos para a manutenção desses estabelecimentos”¹⁴. Então, as elites destas localidades, que já ocupavam papel de destaque dentro das irmandades, assumiam também o papel de financiadores. Deixavam quantias e terrenos em testamento, promoviam eventos para arrecadar dinheiro e ainda faziam doações para a irmandade a qual pertenciam. Um destes casos é da Condessa de Rio Novo, que deixou em testamento para a construção da Casa de Caridade de Paraíba do Sul a sua Fazenda Cantagallo, “com todas as terras, edifícios e bem feitorias”¹⁵. E, entre os casos mais conhecidos, o Barão de Tinguá, que teve papel fundamental para o estabelecimento da Santa Casa de Misericórdia de Vassouras. Portanto, “a existência de uma Casa de Caridade em determinado local trazia implicações não só à ‘pobreza’, que seria assistida nela, mas também à elite local”¹⁶.

Ao analisar os enfermos atendidos nestes estabelecimentos, consideramos que os hospitais instalados nos complexos cafeeiros, também mantidos pela mesma elite, não estavam em posição de concorrência, mas formavam um sistema paralelo de assistência, além de ser mais um braço da presença da medicina frente às outras formas de tratamentos populares disseminados culturalmente pelo interior. Reforçando esta hipótese, apontamos que o foco dos atendimentos entre eles era diferente: nas fazendas, os hospitais eram instalados justamente para o atendimento aos escravizados, que era público pagante nos hospitais mantidos pelas irmandades. Esta baixa presença dos escravizados nas Casas de Caridade também é materializada ao fazer um paralelo entre o censo populacional de 1872 e os mapas de atendimento mais completos enviados pelas Casas de Caridade de Resende, Valença e Vassouras ao governo provincial.

Segundo dados apresentados por Ricardo Salles (2008)¹⁷, em 1872, 32,70% da população de Resende era composta por escravizados. Já em Valença, o número de cativos correspondia à 55,77% da população. E em Vassouras, 51,38%. Quando analisamos os mapas detalhados enviados por estas instituições e divulgados

nos *Relatórios dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro*, que correspondem ao movimento dos hospitais nestas cidades entre 1869 e 1870, temos os seguintes resultados sobre o atendimento à esta população: em Resende, dos enfermos existentes no hospital, 19% eram escravizados, daqueles que saíram curados, a porcentagem foi de 16%, entre os que faleceram já sobe para 28% e entre os que seguiram em tratamento foi de 23%. 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%. Já em Vassouras, os números são os seguintes: 7% dos que existiam, 6% dos recuperados, 18,75% dos que faleceram e nenhum ficou em tratamento¹⁸.

Observamos, portanto, que esta grande presença dos escravizados na população não era refletida em seus atendimentos nos hospitais. E que a porcentagem referente aos falecimentos era a mais elevada, consolidando a ideia de que muitos destes cativos só eram remetidos para as Casas de Caridade em casos mais graves, que não conseguiram ser tratados pelos recursos dos hospitais instalados nos plantéis. Cabe ainda destacar que em Vassouras, o número de estrangeiros indicados neste mapa era maior entre os demais enfermos (57%). Além disso, os relatórios analisados ainda informam que a maioria dos atendimentos realizados neste município era voltado para os trabalhadores da Estrada de Ferro Dom Pedro II e para o destacamento policial¹⁹. E, tal como eram os objetivos dos hospitais dentro das fazendas, “os hospitais modernos tiveram uma receptividade assinalável, contribuindo para manter a força econômica das comunidades”²⁰.

Analisando o *Inventário das Fazendas do Vale do Paraíba Fluminense*²¹, das 273 propriedades levantadas, em 9,5% delas é indicada uma casa que servia para hospital. Porém, como esta referência corresponde apenas aquelas que ainda estão presentes na área do Vale, consideramos uma existência muito maior de fazendas com este tipo de instalações. Assim, após a análise dos inventários de membros das importantes famílias da região, que estão no arquivo do *Museu da Justiça*²², observamos ser comum ter uma enfermaria em fazendas com mais de 90 cativos e um hospital mais completo, inclusive com botica regularmente abastecida, em plantéis com mais de 200.

Para ter uma dimensão da quantidade de fazendas com locais voltados para a assistência à saúde, utilizamos estas características comuns e seguimos as categorias estabelecidas por Ricardo Salles (2008) e os levantamentos feitos por ele sobre a concentração de população escravizada por propriedade em Vassouras. O autor chamou de grandes proprietários aqueles que possuíam em suas terras 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 plantéis²³, por isso podemos supor que seja a mesma porcentagem de fazendas que teriam a

possibilidade de possuírem locais destinados ao tratamento dos seus cativos, que concentravam 70%²⁴ dos escravizados do município.

A preocupação com a saúde dos escravizados se tornou ainda mais foco de preocupação para os fazendeiros após a Lei Eusébio de Queiroz (1850), que colocava fim no tráfico internacional de cativos, diminuindo a fácil substituição de mão de obra, e, com isso, aumentando seu preço. Assim, tiveram que buscar alternativas para driblar esta nova realidade, sem perder os lucros com a exportação do café. A instalação de hospitais em suas propriedades foi uma destas estratégias, indicada inclusive pelos manuais voltados para orientar quais modos de administração seriam mais eficazes para estes complexos cafeeiros.

“Toda fazenda bem regrada deve ter uma sala ou local em situação seca e bem arejada para hospital”²⁵

O objetivo destes manuais, alguns até redigidos pelos patriarcas das famílias abastadas, era transmitir conhecimentos práticos sobre a administração da propriedade e de como deveria ser conduzida cada atividade, de acordo com o que era considerado adequado para manter o sucesso de uma fazenda produtora. Destacamos aqui o trabalho de Francisco Peixoto Lacerda Werneck, o Barão de Paty do Alferes: *Memória sobre a fundação de uma fazenda na província do Rio de Janeiro* (1847). A Família Werneck era uma das mais poderosas de Vassouras. Estas memórias foram escritas para seu filho, Luiz Peixoto de Lacerda Werneck, que chegava da Europa para assumir uma das fazendas da família. Nele, também é citado o tratamento que deve ser dado ao escravo doente, destacando o lado humanitário e econômico desta prática:

“Não mandeis o vosso escravo adoentado para o trabalho, se tiver feridas, devem-se-lhe curar completamente para então irem ao serviço. Tenho visto em algumas fazendas pretos no trabalho com grandes úlceras e mesmo assim lá andam a manquejar em risco de ficarem perdidos ou aleijados. Este proceder, além de desumano, é prejudicial aos interesses do dono”²⁶.

Assim como o manual produzido pelo Barão de Paty de Alferes, o *Manual do agricultor brasileiro*, do francês Carlos Augusto Taunay, tinha o mesmo objetivo de orientar os fazendeiros na gestão de suas propriedades e tornou-se uma fonte importante para a “compreensão da sociedade escravista brasileira do século XIX”²⁷ e das relações construídas por ela para manter as dinâmicas políticas, econômicas e sociais. Por mais que não fosse o assunto

principal, a preocupação com a higiene dos espaços e com a saúde dos corpos, principalmente dos escravizados, também estava presente em seus capítulos, mostrando a importância deste projeto para a manutenção da ordem e da produtividade.

“Toda fazenda bem regrada deve ter uma sala ou local em situação seca e bem arejada para hospital, com camas de tabuado, boas esteiras ou enxergões, lençóis e camisas e tudo que é necessário para a cura dos doentes, e se a situação da fazenda o permitir, deve-se ter um cirurgião de partido”²⁸.

A partir da leitura do trabalho de Richard Sheridan (1985) sobre a assistência à saúde nos plantéis para exportação de açúcar das colônias britânicas na América, concluímos que o hábito de manter um hospital nas fazendas, que passou a ser disseminado no Vale do Paraíba Fluminense, seguia uma tendência já presente em um contexto global. É interessante observar uma recomendação semelhante feita aos fazendeiros daquelas terras, obrigados por lei a contratar médicos ou cirurgiões para cuidar de seus cativos:

“Para evitar os efeitos da má gestão, todas as propriedades devem contar com um estabelecimento regulamentado, sob a direção ocasional do médico que frequenta a propriedade ou a *plantation*”²⁹.

Ao serem recolhidos para o hospital da fazenda, os escravizados encontrariam tudo 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. Porém, para eles,

“a enfermaria representava o descanso, a comida melhorada, a tranquilidade, o sono à vontade, a falta de capataz atrás de apertar-lhe para trabalhar mais depressa. E em épocas de colheitas, de tarefas, seria a ausência de possíveis castigos”³⁰.

É interessante aqui fazer um diálogo com o artigo de Laurinda Abreu (2010), no qual o lado social dos hospitais em Portugal é revelado, mesmo após a reforma realizada entre o fim do século XV e início do século XVI, na qual estes espaços são definidos como locais de cura e não mais de hospedagem. Porém, a autora apresenta que as entradas nestas unidades de assistência acompanhavam “as flutuações do trabalho sazonal, de acordo com as especificidades das economias locais, como era o caso da agricultura em Évora ou do sal em Setúbal”³¹. A ida dos trabalhadores para o hospital estava relacionada ao período em que terminava uma atividade e estava prestes a começar outra, no qual “alimentação e descanso –o melhor remédio que o hospital

pode dar', como repetem amiúde os médicos no século XVIII – eram as terapêuticas mais requeridas”⁵². Além disso, também era uma forma de manter a força produtiva próxima aos locais de trabalho, afastando-os o mínimo possível de suas obrigações.

A manutenção destes hospitais também era uma tentativa de prolongar o tempo de vida útil dos cativos que, nos cafezais, estava por volta de 15 anos ⁵³. 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” ⁵⁴.

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 “ouro verde”⁵⁵. Preocupar-se com a saúde dos escravizados, portanto, não se tratava apenas de uma obrigação moral, mas de uma precaução com a possível perda financeira que viria como consequência.

Consideramos ainda que este tipo de assistência proveria outros tipos de retorno financeiro ao proprietário. Primeiramente, assim como suas terras, a quantidade de cativos em atividade constituía a garantia para créditos e empréstimos requeridos por eles para o melhoramento da produção cafeeira. Então, podemos também indicar a possibilidade destes fazendeiros adquirirem escravizados doentes, por preços mais baixos, tratá-los em suas propriedades e vendê-los por uma quantia maior, após recuperarem a saúde, movimentando a economia concentrada neste setor. Cabe ressaltar que os escravizados possuíam entre si redes de solidariedade, nas quais encontravam um tipo de assistência específica, de acordo com suas crenças sobre saúde e doença. Porém, dentro do sistema escravista, também eram submetidos à escolha de tratamento feita por seus senhores.

Os médicos, muitos recém-chegados à região e ainda se adaptando às enfermidades locais, contra as quais não achavam respostas totalmente completas em seus estudos de filiação principalmente europeia, observavam, absorviam e ressignificavam dentro de suas teorias a eficácia dos tratamentos populares⁵⁶. As enfermarias, assim, podem ser identificadas como as chamadas zonas de contato⁵⁷ destas práticas de curar, nas quais inevitavelmente foram realizadas trocas de conhecimento.

“Uma casa de madeira lavrada, coberta de telhas, envidraçada, forrada e assoalhada servindo de enfermaria”³⁸

As enfermarias nas fazendas são detalhadamente descritas pelo memorialista Eloy de Andrade (1989), no livro que reúne as memórias herdadas de seu pai³⁹, contratado para atuar nas fazendas “dos Barões do Rio Preto, Rio das Flores, São José d’El Rey, Três Ilhas e Santa Justa”⁴⁰ entre os anos de 1866 e 1888:

“Nas enfermarias bem montadas, após a subida da escada, encontrava o visitante uma pequena sala, mobiliada com bancos toscos, onde, sentados ou em pé, aguardavam os enfermos, ou a sua hospitalização, ou os seus curativos. No fundo da sala, separada por um gradil, estava a farmácia; aos lados, as portas que davam acesso para os dois compartimentos, de homens e mulheres. (...)

Havia higiene. Os salões eram lavados uma ou duas vezes por semana, desinfetados com solução de ácido fênico e, em dias de visitas de médicos, mudado os lençóis, a roupa dos doentes, procedendo-se defumação com alfazema, alecrim e incenso. A atmosfera ficava, assim, mais respirável”⁴¹.

Estas enfermarias também poderiam ser abertas para receber cativos de outras localidades e enfermos livres. Porém, devemos refletir sobre esta utilização, ao considerar que os tratamentos dos cativos e dos indivíduos livres não aconteciam no mesmo local. Assim, podemos entender que existiam outras divisões dentro dos prédios dos hospitais ou que estes indivíduos recebiam o tratamento em um local reservado em outro edifício dentro da propriedade. Segundo Eloy de Andrade (1989), em algumas fazendas da região, como as “São Gabriel, Paraíso, Prosperidade e Santa Justa”⁴² os proprietários reservavam um quarto para receber pessoas de condição livre, que não fossem da família, como um vizinho pobre, reforçando a importância do fornecimento de assistência à saúde para fortalecer os laços dos proprietários com suas redes de interdependências.

Uma descrição dos trabalhos realizados nestas enfermarias é a tese apresentada pelo médico alemão Reinhold Teuscher à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para obter a revalidação do seu diploma (1853). Nela, são expostas as informações colhidas ao longo de sua atuação em Cantagalo como médico nas fazendas da família Clemente Pinto, uma das mais importantes famílias do Império brasileiro à época, nas quais era responsável pelo tratamento de 900 cativos, segundo ele. Quanto às enfermarias,

esta publicação nos traz uma interessante indicação sobre a dinâmica montada para o atendimento aos cativos de diferentes propriedades de mesmo dono:

“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 têm 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”⁴⁵.

Em seu clássico livro sobre Vassouras, Stanley Stein (1961) descreve que as enfermarias nas fazendas normalmente dispunham de “seis a quinze leitos”⁴⁴, mas isto dependia muito da quantidade de cativos que nela trabalhavam. As fazendas que contavam com uma grande escravaria possuíam um hospital mais completo e possivelmente com mais leitos, podendo receber escravizados de outras fazendas de mesmo proprietário e até dos demais da região. Esta prática promovia uma ampliação da assistência à saúde e uma circulação de pacientes nas freguesias mais afastadas da sede dos municípios, ao mesmo tempo em que também aconteciam os atendimentos nas Casas de Caridade, que normalmente estava localizada nas freguesias centrais.

No inventário do Comendador José de Souza Breves, por exemplo, encontramos uma rica descrição dos móveis e utensílios do hospital da Fazenda do Pinheiro, no município de Piraí, que contava com 386 escravizados, sendo a maior das fazendas citadas neste documento:

“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 margem”⁴⁵.

A casa da fazenda que o abrigava foi descrita como “assobradada, forrada, assoalhada, envidraçada, coberta de telhas”⁴⁶, semelhante à descrição que é feita da casa de enfermaria da Fazenda Oriente,

pertencente ao Visconde de Ipiábas, que contava com 201 escravizados, usada para título deste tópico. A partir destas descrições, podemos imaginar que fosse uma casa grande, para ter capacidade de abrigar estes quarenta e oito leitos, divididos em quartos. Além disso, tal capacidade correspondia ao número de cativos para qual foi montada para atender, assim como possivelmente para receber escravizados das demais fazendas do Comendador Breves, um dos maiores cafeicultores à época, que não possuísem um local tão completo para atendimentos, quando o enfermo assim necessitasse. Destacamos também a presença de elementos da religião católica e o armário de botica com medicamentos.

Com o enriquecimento das famílias e da região, as fazendas que existiam desde fins do século XVIII e início do século XIX foram reformadas para refletir e ostentar a nova posição econômica e social que ocupavam. Assim, as antigas casas eram adaptadas às novas demandas de funcionamento das *plantations*, inclusive para se tornarem locais de tratamento. Segundo Ricardo Salles (2008), a maioria das propriedades 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”⁴⁷.

Ainda sobre descrição das edificações nas fazendas, apesar do médico Clodoveu Heleodoro Celestino ser contratado⁴⁸ para realizar os atendimentos na Fazenda do Pinheiro, citada anteriormente, o auto de avaliação da Fazenda Paysandú, também em Pirai, nos permite saber que “uma casa coberta de telhas, assoalhada, assobradada, em mau estado, situada à margem do Rio Paraíba” servira de sua residência, e que estava avaliada “no valor de quatrocentos mil réis”⁴⁹.

Para o fazendeiro, era economicamente mais interessante tratar os cativos doentes em suas propriedades e fazer um contrato com um médico do que pagar por sua permanência nas Casas de Caridade ou por cada deslocamento e visita do clínico às fazendas. E seria ainda melhor se este profissional residisse também em uma de suas propriedades, como foi o caso do médico Clodoveu. A partir da indicação de uma casa reservada para a moradia do médico de partido, mesmo que em outra propriedade, este, então, também estaria disponível a atender qualquer urgência da Fazenda Paysandú, que contava com 59 escravizados, mas não possuía nenhuma indicação de enfermaria. E isto não era um caso isolado, já que o “Marquês de Baependi, o Conde de Lage, o Coronel José Inácio, o Visconde de Ipiábas e outros”⁵⁰ também abriam as portas de suas propriedades para que médicos fixassem residência.

Por mais que estes contratos fossem realizados de forma verbal, o recibo⁵¹ assinado pelo médico José Caetano de Oliveira, datado de 30 de junho de 1886, nos revela o possível acordo fechado entre ele e o Comendador José de Souza Breves em relação aos seus honorários. Nele, o médico recebe os vencimentos pelos seus serviços nas fazendas do Comendador durante “dois anos, seis meses e seis dias, a contar de 24 de dezembro de 1883” até a data do documento, totalizando dois contos, quinhentos e dezesseis mil e seiscentos réis (2.516\$600). O médico ainda informa que a conta foi feita a partir da razão de um conto de réis (1:000\$000) por ano, o que provavelmente correspondia ao valor do vencimento e o período determinado por contrato. Cabe ressaltar que vários médicos poderiam atuar de forma simultânea na mesma fazenda, cada um voltado para atender um tipo de emergência, por exemplo.

Dentro deste contexto, houve uma valorização e um aumento do número destes profissionais no Vale do Paraíba Fluminense. A atuação e presença dos médicos era solicitada e acompanhava a expansão das áreas cafeeicultoras. O discurso médico representava também os novos e civilizados hábitos, através dos quais seria possível ter uma vida mais saudável e que estariam de acordo com o novo *status* da província enriquecida.

Considerações finais

Através do trabalho nos hospitais da fazenda, a presença do médico ganhava cada vez mais espaço e se fortalecia, tornando-o “semelhante, quase íntimo”⁵² destas poderosas famílias, reforçando os laços através de casamentos e batizados. Estes mesmos profissionais poderiam ocupar tanto o espaço nos hospitais particulares quanto atenderem nas Casas de Caridade. Os médicos não preteriam uma modalidade de atuação em relação a outra, o mais comum era que ocupassem mais de um espaço profissional. A influência de importantes fazendeiros fazia com que estes profissionais tivessem cada vez mais notoriedade com a população da região. Atuar em um espaço social importante como eram as Casas de Caridade neste interior fluminense também era decisivo para a construção de suas trajetórias profissionais. Ambos locais, então, tinham a possibilidade de alavancar a carreira dos médicos no Vale do Paraíba Fluminense, caso obtivessem sucesso em suas iniciativas.

Os médicos, portanto, são o principal ponto de ligação entre estes dois sistemas simultâneos de assistência à saúde no interior. O italiano Antônio Lazzarini possui uma trajetória profissional que ilustra bem esta questão. Segundo o *Almanak Laemmerl*⁵³, o médico mudou-se da Corte para Valença em 1850 e no ano seguinte foi para Vassouras. Lá, ele foi um personagem importante nos primeiros anos da Santa Casa de Misericórdia, onde atuou como

médico e cirurgião por 11 anos. Lazzarini ofereceu seus serviços gratuitamente à Santa Casa nos primeiros anos de funcionamento. Além disso, ele cuidou das enfermarias, devolveu seus vencimentos para a irmandade e, em um ano, forneceu quase um conto de réis (1.00\$000) em medicamentos⁵⁴.

Paralelamente a este trabalho, ele também possuía um consultório particular no município e desempenhou papel relevante durante a epidemia de cólera (1855–1856), orientando as comissões sanitárias e os fazendeiros de Vassouras, Valença e Paraíba do Sul sobre como lidar com os efeitos desta enfermidade, cujas principais vítimas eram os escravizados, que seriam, segundo ele, a parte vital da lavoura⁵⁵. Publicou uma coluna denominada *Algumas considerações sobre a epidemia do cholera-morbus, oferecidas ao Srs. fazendeiros, pelo Dr. Lazzarini*⁵⁶, na qual indica as principais formas de prevenção ao cólera, enfatizando questões sobre alimentação e períodos de trabalho que deveriam ser mudados para fortalecer os organismos dos escravizados.

Observamos, com isso, o quanto o médico estava preocupado em ensinar às populações mais afastadas como deveriam agir nestas situações, seguindo um tipo de tratamento que já seria utilizado por ele em seus espaços de atuação, expandindo o conhecimento médico-científico sobre saúde e doença e procurando afastar os fazendeiros de outros tipos de praticantes de cura, aos quais ele denomina de *charlatães*. Cabe aqui ainda enfatizar que Lazzarini tornou-se também cafeicultor. Então, provavelmente ele colheu suas experiências profissionais a partir das demandas e dos recursos disponíveis nas realidades correspondentes aos dois tipos de sistema de assistência aqui analisados e, possivelmente, soube utilizar o melhor de cada um para construir um largo conhecimento sobre as principais enfermidades da localidade e as mais eficazes formas de tratá-las.

No ano de 1885, o *Almanak Laemmert* aponta que o médico italiano era “fazendeiro de café, possuindo as melhores e mais aperfeiçoadas máquinas”⁵⁷. Além disso, informa que ele residia na sua Fazenda da Cachoeira, na qual seguia fornecendo consultas, inclusive de forma gratuita aos considerados pobres, das 7 às 9 horas da manhã. A fazenda, que se destacava pela modernidade agrícola, também se tornava palco de atuação profissional de seu proprietário, ampliando suas redes de relações e seu destaque na região.

A realização de contratos entre os médicos e os fazendeiros e a manutenção dos hospitais nos complexos cafeeiros, segundo Eloy de Andrade (1989), conservou-se “até 13 de maio de 1888. Com a Lei Áurea, foram todos dispensados”⁵⁸. Como este sistema era mantido principalmente para atender aos cativos nas fazendas, com o fim do sistema escravista, os antigos senhores já que não se viam mais na obrigação de arcar com tais despesas. Este mesmo 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.

Porém, o mais comum era que estes ex-escravizados se dirigissem às Casas de Caridade, mantidos pela elite cafeeira, caso precisassem de serviços médicos. Se no período de 1882 a 1888, observa-se ainda um número reduzido de escravizados existentes na Santa Casa de Misericórdia de Valença (6%), a proporção de pardos e pretos livres, que “formavam o que as autoridades denominavam ‘pobreza desvalida’ e ‘indigentes’ que recorriam à assistência provida pela caridade”⁵⁹, constituía 45%. A partir da Lei do Sexagenário (1885), já se pode observar uma maior presença de pretos na Santa Casa de Valença. E, em 1893, logo após a Lei Áurea, esta porcentagem chega aos 53%, segundo Gisele Sanglard (2020)⁶⁰, consolidando uma mudança no perfil dos atendimentos daquela instituição.

Assim, as Casas de Caridade, “embora não preparadas para o número sempre crescente de pretendentes à hospitalização”⁶¹, 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.

Notas

1. Proença, Anne Thereza de Almeida, *Vida de médico no interior fluminense: a trajetória de Carlos Eboli em Cantagalo e Nova Friburgo (1860–1880)*, dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017, disponível em http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_Anne_proenca.pdf
2. Salles, Ricardo, *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.
3. Muaze, Mariana, *As memórias da Viscondessa: Família e Poder no Brasil Império*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2008. p. 107.
4. Agostini, Camilla, *Suspeitos, transeuntes, impermanentes: personagens liminares e a dinâmica social em um microcosmo do Império*, in Muaze, Mariana e Salles, Ricardo, *O Vale do Paraíba e o Império do Brasil nos quadros da Segunda Escravidão*, Rio de Janeiro, 7 Letras, 2015.
5. Mattos, Ilmar Rohloff, *O tempo Saquarema*, São Paulo/Brasília, HUCITEC/IN, 1987. p. 67.
6. Proença, Anne Thereza de Almeida, *Vida de médico no interior fluminense: a trajetória de Carlos Eboli em Cantagalo e Nova Friburgo (1860–1880)*, dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017.
7. Sanglard, Gisele, *Assistência na antiga província do Rio de Janeiro: contribuições para o debate acerca de sua organização (1850–1890)*, Revista de História (UNESP), 2020, no prelo.
8. Pimenta, Tânia Salgado, *Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos*, in Korndörfer, Ana Paula et al, *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, pp. 47 e 48.
9. As cidades analisadas nesta pesquisa correspondem aos antigos territórios pertencentes à Barra Mansa, Cantagalo, Carmo, Paraíba do Sul, Pirai, Resende, Rio Claro, Santa Maria Madalena, São Fidélis, São João do Príncipe, Valença e Vassouras.
10. *Relatórios dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro (1840–1880)*, disponível em http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro.
11. Pimenta, Tânia Salgado, *Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos*, in Korndörfer, Ana Paula et al, *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p. 43.
12. Quadro geral dos obreiros da Augusta e Respeitosa Oficina Capitular Confraria Beneficente, *Jornal A Vida Fluminense: Folha Joco-Seria Ilustrada (RJ)*, 7 de maio de 1875, p. 2, disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
13. Casa de Caridade, *Jornal A Folha Nova*, 10 de abril de 1883, pp. 3 e 4, disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
14. Pimenta, Tânia Salgado, *Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos*, in Korndörfer, Ana Paula et al, *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, pp. 50 e 51.
15. Ocorrências, *Jornal A Pátria: Folha da Província do Rio de Janeiro*, 9 de julho de 1882. p. 2, disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
16. Pimenta, Tânia Salgado, *Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos*, in Korndörfer, Ana Paula et al, *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p. 54.
17. Salles, Ricardo, *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.
18. Silva, Josino do Nascimento, *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro na segunda sessão da décima oitava legislatura no dia 8 de setembro de 1870*, disponível em http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro
19. Soares, João Crispiano, *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro na primeira sessão da décima-quinta legislatura no dia 9 de outubro de 1864, pelo presidente da mesma província*, disponível em http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro.
20. Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres: as dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI–XVIII)*, Lisboa, Gradiva, 2014, p. 270.
21. *Inventário das Fazendas do Vale do Paraíba Fluminense*, disponível em <http://www.institutocidadeviva.org.br/inventarios/>
22. Tribunal de Justiça (Rio de Janeiro), Museu da Justiça, Centro Cultural do Poder Judiciário. *Autos de Processos Judiciais*.
23. Salles, Ricardo, *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008, p. 156.

Notas

24. Salles, Ricardo, *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008, p. 157.
25. Taunay, Carlos Augusto, *Manual do Agricultor Brasileiro*, Marquese, Rafael de Bivar (org.), São Paulo, Companhia das Letras, 2001. p. 67.
26. Werneck, Francisco Peixoto de Lacerda (Barão de Paty de Alferes), *Memória sobre a fundação de uma fazenda na Província do Rio de Janeiro*, Brasília, Senado Federal, Fundação Casa de Rui Barbosa, 1985. pp. 64 e 65.
27. Marquese, Rafael de Bivar, *Introdução*, In Taunay, Carlos Augusto. *Manual do Agricultor Brasileiro*, Marquese, Rafael de Bivar (org.), São Paulo, Companhia das Letras, 2001. p. 25.
28. Taunay, Carlos Augusto, *Manual do Agricultor Brasileiro*, Marquese, Rafael de Bivar (org.), São Paulo, Companhia das Letras, 2001, p. 64.
29. “To obviate such manifest mismanagement an establishment, properly regulated, should be provided on every estate, under the occasional direction of the medical gentleman who attends the estate or plantation”. Tradução livre. Sheridan, Richard B, *Doctors and Slaves: a medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, p. 86.
30. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 226.
31. Abreu, Laurinda, *Limites e fronteiras das políticas assistenciais entre os séculos XVI e XVIII: continuidades e alteridades*, Varia História, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44, jul/dez 2010, p. 354, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752010000200002.
32. Abreu, Laurinda, *Limites e fronteiras das políticas assistenciais entre os séculos XVI e XVIII: continuidades e alteridades*, Varia História, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44, jul/dez 2010, p. 354, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752010000200002.
33. Stein, Stanley J, *Grandeza e decadência do café no Vale do Paraíba: com referencial especial ao município de Vassouras*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1961.
34. Barbosa, Keith Valéria de Oliveira, *Escravidão saúde e doenças nas plantations cafeeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)*, tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde para obtenção do título de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014, p. 130, disponível em http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/teste/tese_keith_barbosa.pdf.
35. Barbosa, Keith Valéria de Oliveira, *Escravidão saúde e doenças nas plantations cafeeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)*, tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde para obtenção do título de doutorado, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014, p. 130, disponível em http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/teste/tese_keith_barbosa.pdf.
36. Sheridan, Richard B, *Doctors and Slaves: a medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985
37. Pratt, Mary Louise, *Os olhos do Império: relatos de viagem e transculturação*, Bauru, EDUSC, 1999.
38. Pinheiro, Peregrino José de Américo (Visconde de Ipiabas), *Partilha: Auto de Avaliação da Fazenda Oriente*, Fundo Família Werneck. Arquivo Nacional (BR RJANRIO PY).
39. Encontramos o nome do médico Eloy dos Santos Andrade, pai do autor, atuando na cidade de Valença, a partir do ano 1871, segundo o levantamento realizado através da análise do *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro (1840-1880)*, disponível da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Segundo seu neto Joaquim, que escreve a apresentação do livro, ele como “médico de partido (ou seja, contratado para a assistência geral e permanente nas fazendas) e cumulativamente profissional autônomo, teve a oportunidade de penetrar na intimidade de um grande número de propriedades de vasta zona do Vale”. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 12.
40. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 291.
41. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 225.
42. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 227.

UMA CASA QUE SERVIA DE HOSPITAL

43. Teuscher, Reinhold, *Algumas observações sobre a estatística 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, p. 6.
44. Stein, Stanley J, *Grandeza e decadência do café no Vale do Paraíba: com referencial especial ao município de Vassouras*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1961, p. 229.
45. 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.
46. 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.
47. Salles, Ricardo, *E o Vale era o escravo: Vassouras, século XIX. Senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008, p. 145.
48. Diferentemente dos contratos lavrados entre o Governo Provincial, Câmaras Municipais, cujas condições eram colocadas no papel e assinadas pelas partes, o contrato entre os médicos e os fazendeiros eram realizados apenas de forma verbal. Informação esta que também estava presente no recibo assinado pelo próprio Clodoveu Heledoro Celestino, após o pagamento pelos serviços médicos prestados na Fazenda do Pinheiro. 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.
49. 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.
50. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 291.
51. 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.
52. Corbin, Alain. *Bastidores*, in Perrot, Michelle (org), *História da vida privada, 4: Da revolução francesa à primeira guerra*, São Paulo, Companhia das Letras, 2009, p.555.
53. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro* (1840-1880), disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
54. Brandão, Alberto, *O Passado e o Presente de Vassouras*, *Jornal O Município*, 27 de maio de 1877. p. 1, disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
55. O sr. dr. Lazzarini, *Jornal Diário do Rio de Janeiro*, 11 de novembro de 1855. p. 1, disponível em Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
56. Lazzarini, Antônio, *Algumas considerações sobre a epidemia do cholera-morbus, oferecidas aos Srs. fazendeiros pelo Dr. Lazzarini*, *Jornal do Commercio*, 27 de outubro de 1855, p 1, disponível em Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.
57. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro* (1885), disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.
58. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 292.
59. Pimenta, Tânia Salgado, *Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos*, in Korndörfer, Ana Paula et al, *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p.55.
60. Sanglard, Gisele, *Assistência na antiga província do Rio de Janeiro: contribuições para o debate acerca de sua organização (1850-1890)*, *Revista de História* (UNESP), 2020, no prelo.
61. Andrade, Eloy de, *O Vale do Paraíba*, Rio de Janeiro, Rio Gráfica e Editora, 1989, p. 293.

MARIANA SALVADOR DA SILVA*

O Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes na década de 1860: transformações em curso

*Doutoranda pelo
Programa de Pós-
Graduação em História
das Ciências e da Saúde
da Casa de Oswaldo Cruz,
Fundação Oswaldo Cruz
- Fiocruz.

Este capítulo tem por objetivo analisar a reestruturação dos serviços hospitalares da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes na segunda metade do século XIX. Em específico, dimensionar as condutas do provedor e médico José Gomes da Fonseca Paraíba entre os anos de 1860 e 1868. Com base nos relatórios emitidos pela pia instituição, proponho traçar uma aproximação das mudanças sanitárias transcorridas na Santa Casa campista relativamente às vivenciadas por sua congênere da Corte, sob a provedoria de José Clemente Pereira nas primeiras décadas oitocentistas, época de significativas mudanças nos trabalhos hospitalares, impulsionadas pelas novas leis higienistas da cidade do Rio de Janeiro.

O primeiro passo para a criação da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes¹ foi dado pela Irmandade de Nossa Senhora Mãe dos Homens, em fins do século XVIII, quando a Câmara local concedeu um terreno para a construção de seu próprio templo, apartando-se da igreja matriz. Entre 1786 e 1790 os irmãos buscaram autorização para se converterem em Irmandade da Misericórdia; com as obras ainda inacabadas, a confraria abria suas portas para as missas e manteve um pequeno hospital, com presença de um único médico em “uma casinha térrea de pau a pique e telha vã, com limitado número de leitos”, incluindo um cemitério. Após a aprovação e confirmação do Compromisso por D. Maria I em 1792, a garantia das regalias e dos privilégios, igualmente concedidos à Santa Casa do Rio de Janeiro, demarcou o reconhecimento de tal instituição assistencial, e no ano de 1793, a primeira eleição² – não mais como Irmandade de Nossa Senhora Mãe dos Homens, mas respondendo por Irmandade de N. Sra. da Misericórdia.

Na primeira metade do século XIX a ampliação deste espaço de cura se deu de maneira gradual, os primeiros provedores empenharam-se em angariar fundos para as obras e assim a resolução definitiva para a construção do novo hospital ocorreu durante a provedoria do tenente-coronel Gregório Francisco de Miranda, em 1831. No entanto, os trabalhos foram paralisados devido à grande enchente do rio Paraíba, em 1833. Conforme ressalta o memorialista Alberto Lamego, as instalações do edifício passaram a não comportar todos os doentes³.

Para dar corpo aos objetivos aqui propostos, este capítulo será dividido em três partes. A primeira acompanhará as transformações da saúde no Brasil no momento subsequente à Independência, bem como o impacto delas na Irmandade da Misericórdia da Corte. A segunda parte mostrará como estas medidas levadas a cabo por Clemente Pereira na Corte serviram de inspiração para as ações de Fonseca Paraíba em Campos, na década de 1860. Por fim, a última parte fechará o trabalho ressaltando os impactos destas ações.

Medicina e assistência à saúde na Corte (1808-1850)

Durante a década de 1830, o processo de instituição da medicina no Brasil se consolidou com a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829) e, depois, da Academia Imperial de Medicina (1835), contando também com as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (1832). Deste modo, a transformação das escolas de medicina em faculdades delegou a essas instituições o respaldo legislativo das questões sanitárias do Império até 1850⁴. Luiz Otávio Ferreira acrescenta que a institucionalização da medicina imperial esteve associada às publicações de periódicos médicos, representando canais de divulgação das discussões e das descobertas científicas. Tais publicações enfatizavam o quadro sanitário do país, salientando “a importância do discurso higienista na inscrição da medicina na vida pública”. As demandas e os problemas sociais começaram a ser interpretados pela ótica médica, indicando uma variação nas ênfases dos temas e nas discussões, como ressignificar as doenças e as soluções terapêuticas⁵.

Do ponto de vista do conhecimento médico, o problema da institucionalização da medicina é fator importante para o entendimento das questões aqui propostas. A ele junta-se fatores políticos. A Lei de Municípios de 1828 obrigou que os municípios adotassem posturas específicas acerca da saúde pública. Dentre as novas medidas de prevenção destacava-se a fiscalização da limpeza e a conservação urbana, a inspeção nas vendas de alimentos e remédios, os cuidados em hospitais e casas de saúde, bem como o reparo das ruas e as regulamentações sobre cemitérios extramuros e enterros⁶.

A reiteração das epidemias de febre-amarela e cólera ao longo do século XIX acionaram o alerta sobre o progresso econômico e a ordem social no Brasil. As teorias científicas coevas baseavam-se em teses sobre os males relacionados aos miasmas, associando a insalubridade dos ambientes às questões climáticas (calor e umidade) e as doenças seriam causadas pelo contato com matéria inorgânica (putrefação) e “pela ausência de regras de higiene”. Nesse sentido, a criação da Junta de Higiene Pública, em 1851, visava à melhoria da salubridade pública, além de prever e prevenir futuras epidemias, mas as suas funções não resolveram os problemas sanitários devido à falta de capacidade dos funcionários e da efetiva presença do Estado extensiva a todo o território nacional⁷ – razão pela qual as medidas preventivas recaíram apenas sobre as Câmaras Municipais.

A partir dos ideais higienistas e das avaliações acerca da salubridade, clima e condições sanitárias que levavam às doenças, autoridades civis e médicas implementaram normas a serem seguidas pelas instituições assistenciais, nomeando

comissões que solicitavam informações aos dirigentes sobre as atividades, no intuito de elaborar relatórios oficiais. Em princípio, houve resistência por parte dos confrades em divulgar as condições da Santa Casa do Rio de Janeiro, pois interpretavam essas novas regras como invasivas, o que demonstra claros atritos com o poder público. Os primeiros pareceres notificavam as péssimas condições da pia instituição, principalmente o Recolhimento de órfãos e expostas. Do ponto de vista físico e moral, as moças ali não adquiriam uma “constituição vigorosa, e costumes honestos, ... para o bom desempenho dos deveres de mãe de família”, logo, necessitava-se de modificações capazes de oferecer-lhes “um sistema de educação”⁸.

Entre os anos de 1834 e 1854, o provedor José Clemente Pereira leva a cabo tais deliberações sanitárias, alterando substantivamente a rotina da Misericórdia carioca. Para tanto, as reformas dos espaços e dos serviços oferecidos passaram a submeter-se ao crivo da Imperial Academia de Medicina da Corte. Além da recomendação de construir um novo hospital, os sepultamentos foram transferidos para um novo cemitério, distante do perímetro urbano – o cemitério do Caju. No velho hospital, a organização das novas enfermarias apartou aqueles com doenças contagiosas, e as instalações receberam fornecimento de água. Quanto aos expostos, os abrigos buscaram atender aos novos ideais de higiene, separando as crianças sãs das adoentadas devido à elevada mortalidade e morbidade⁹.

Frequentador dos altos círculos imperiais, Clemente Pereira elaborou um relatório sobre a situação das dependências do Recolhimento, reconhecendo o “horror insalubre” representado pela proximidade do cemitério e das enfermarias. Analisando os relatórios, Luciana Gandelman afirma haver uma mudança na “sensibilidade destes homens da elite” para com os cuidados com as recolhidas e o ambiente, do que teria derivado uma nova maneira de pensar a “redistribuição espacial” das atividades. Considerando a trajetória política de Clemente Pereira em cargos de governança e nos meandros que culminaram na Independência, as mudanças propostas se coadunavam com os desígnios acerca dos propósitos naquele período¹⁰.

Em agosto de 1841, D. Pedro II autorizou a criação de um hospital para os alienados – e a construção do novo edifício se efetivou graças à contribuição do jovem imperador e da doação dos cidadãos. A partir de 1852, com a inauguração do novo Hospital Geral, a reorganização dos serviços afastou as atividades médicas da “convivência com os loucos” e dos serviços mortuários. Para os trabalhos hospitalares, a provedoria intermediou a contratação de irmãs de caridade, junto a Ordem de São Vicente de Paula de Paris, que enviou as religiosas para funções auxiliares aos médicos e da farmácia, contribuindo para “o projeto de separação dos doentes contagiosos”¹¹.

No início do século XIX, as dependências do hospital contavam com duas enfermarias, acomodando cem doentes em cada uma, empregando “um médico, um cirurgião, um boticário, alguns enfermeiros e serventes”. Adentrando os anos de 1850, as enfermarias de catorze quartos ganharam mais dezesseis cômodos de um leito e outros dezesseis de dois leitos, o quadro de funcionários também foi ampliado para oito médicos e seus substitutos, dez ajudantes na botica, “vinte e sete pensionistas, vinte e seis enfermeiros/as, vinte e oito serventes e dezoito irmãs de caridade”; nos períodos de epidemias tais números poderiam variar¹².

Para Tânia Pimenta e Elizabete Delamarque, a “presença mais intensa dos médicos no cotidiano do hospital trouxe certa organização baseada no conhecimento médico e uniformização da linguagem”. As estatísticas publicadas após a inauguração do hospital carioca comprovavam os efeitos das regras de higiene, e a mudança de hábitos provocara uma diminuição na mortalidade, de 30,8% no velho hospital para 8,9% no novo¹³.

A carreira política de Clemente Pereira esteve atrelada aos diálogos entre a Misericórdia e o Estado e, segundo Tânia Pimenta, sua administração distinguiu-se das anteriores devido ao seu tempo de permanência na chefia da Santa Casa e por sua presença nos altos escalões do governo como deputado e senador, inaugurando assim um “novo perfil de provedor” e reforçando o papel político do provedor da Misericórdia¹⁴.

A influência da Corte em terras campistas

Os intentos da provedoria de Fonseca Paraíba guardam semelhanças com as vistas na Corte, se observarmos as sugestões redigidas por ele quanto às condições higiênicas das repartições da Misericórdia de Campos e sua grande preocupação em relação aos expostos. Segundo Lamego, o Dr. Paraíba “combateu com ardor as grandes epidemias que assolaram esta cidade, sendo incansável nas visitas aos doentes e enfermarias”, além de militar na imprensa, permanecendo por oito anos na instância máxima da Santa Casa, de 1860 a 1868¹⁵.

Em seu primeiro relatório, o provedor Paraíba enumera medidas sanitárias e expressa as dificuldades orçamentárias enfrentadas pela pia instituição. Parte desta preocupação residia nas questões higiênicas do hospital e na condução das atividades médicas, sem perder de vista as demandas financeiras. Sobretudo, chama a atenção dos irmãos da Mesa para sugestões administrativas utilitárias, “para o bom e metódico andamento dos negócios”, principalmente nas diligências do espaço de cura.

Naquele momento, sugeria-se a implantação de salas especiais designadas aos pacientes recém-operados, evitando o contato com outros enfermos e aos seus acompanhantes, com boas condições de “ar puro”, distanciando-os dos perigos hospitalares. Assim, o recinto seria dividindo em “quartos separados e independentes”, com melhores acomodações e tratamento¹⁶.

A fim de dimensionar as mudanças propostas por este provedor, retornaremos a algumas questões sobre a medicalização dos hospitais entre fins do século XVIII e ao longo do século XIX. A historiadora Gisele Sanglard defende que a efetivação do processo de medicalização esteve atrelada à perda da “feição assistencial em benefício da terapêutica”, quando os hospitais começaram a resolver o problema dos incuráveis, graças a uma “ação filantrópica e um espaço maior para o ambiente de cura”. Contudo, os resultados oriundos dessa transformação foram vivenciados de modos distintos pelas instituições¹⁷.

Dito isso, as descrições dos relatórios da Santa Casa campista nos permitem conhecer o cotidiano do hospital e suas dimensões, repensando o processo de medicação. O provedor notifica a existência de quatro enfermarias: duas masculinas, no pavimento térreo, e duas femininas, no piso superior, alguns quartos particulares e uma sala de espera para o serviço de banco, onde se praticavam as operações cirúrgicas¹⁸. Isto é, por volta de 1861, as instalações contavam com divisão de gênero nas enfermarias e com outras acomodações reservadas aos pagantes.

Luiz Otávio Coimbra explica que, na década de 1860, houve incentivos para a implantação de ambulatórios – as ditas salas de banco – nos hospitais administrados pela Misericórdia do Rio de Janeiro. Assim sendo, podemos deduzir que a estrutura hospitalar campista se inspirara nos serviços implantados por sua congênere na Corte. Os atendimentos médicos nessas dependências propiciaram uma ruptura com os métodos tradicionais, representada pelo isolamento de enfermos dentro da dinâmica hospitalar. Esses ambulatórios tinham por atribuições a recuperação da saúde e acolhiam “centenas de pessoas humildes [que] permaneciam horas, pacientemente, com fome, aguardando o médico”¹⁹.

O provedor campista recomendava marcar os dias para a troca de roupas na enfermaria, para evitar o depósito de roupas sujas que se tornavam “verdadeiros motores de infecção”²⁰. As enfermarias eram regularmente visitadas pelos dois médicos responsáveis, o asseio em seu funcionamento só não conquistara melhores proveitos devido à falta de água dentro do edifício. Apesar disso, as imundices vistas, que eram focos de infecção, haviam desaparecido graças aos cuidados na limpeza junto aos leitos dos enfermos. Essas recomendações seguiam as posturas já discutidas por autoridades do governo e acadêmicas acerca das dependências e dos serviços da Misericórdia carioca no período de 1820 a 1830.

As tentativas de intervenção e as disputas entre diferentes poderes incidiram sobre a inadequação das instalações arquitetônicas frente às novas regras de higiene, conduzindo ao planejamento de espaços especializados, onde a “cura e a proteção requeriam paredes, canos, ventilações e jardins internos, e não mais tanta proximidade com santos e rezas”²¹.

Desse modo, analisando as necessidades do espaço, o provedor reclamava por mais três enfermarias: uma exclusivamente para escravos e indivíduos “imundos” que não poderiam adentrar outras salas; outra para tísicos e outra mais para doentes de disenterias e doenças contagiosas – possivelmente uma forma de isolamento destes casos clínicos. Acrescentava uma casa funerária, para depósito dos mortos, um “depósito de bichas”²² e uma latrina, como via de substituir os serviços de barris, mantendo a atmosfera pura – ou seja, livrar dos males miasmáticos²³. A exclusividade da enfermaria para escravos atendia à ordem escravista, visto que os senhores custeavam os tratamentos de seus cativos. Diferentemente dos indivíduos livres, que, por vezes, não dispunham de recursos para os serviços médicos, “os escravos, merecendo por parte dos senhores alguma solicitude tendente à conservação de sua propriedade, [achavam-se] em condições mais favoráveis”²⁴.

No relatório de 1860-1861, as notificações compreendiam obras para as atividades terapêuticas que dependiam do fornecimento de água, e as reformas deveriam contemplar quartos para banhos e a distribuição de instalações hídricas pelas repartições do Estabelecimento. Tais preocupações relacionadas à higiene pessoal remontam a fins do século XVIII, momento em que os “banhos, que antes eram utilizados como formas terapêuticas de expulsar os humores do corpo, passaram a estar mais ligados à conservação e cultivo da saúde do indivíduo”²⁵. Os banhos frios foram introduzidos a fim de estimular os vigores interiores dos corpos, como prática ascética, atribuindo-se a eles uma ideia de endurecimento físico e moral²⁶.

Os planos descritos neste primeiro relatório sinalizam para a construção de uma casa para alienados e de um cemitério que, “sob o título de campo santo da Irmandade”, realizaria “as sepulturas e honraria as memórias de seus irmãos e beneméritos”. Assim sendo, decretaria o banimento do “uso das catacumbas tão contrário às luzes e civilização do século [oitocentista]”. Outro ponto acordado referia-se à venda de sepulturas a particular e, finalmente, o retorno de um cemitério para escravos, como via de produzir renda para a instituição²⁷.

Dentre outros apontamentos, estavam a necessidade de um local reservado para guardar as roupas dos doentes e um tanque para purificar as vestes; a ausência de uma sala para autópsias e a escassez de materiais cirúrgicos para alta cirurgia. Com a aquisição desses materiais poder-se-ia “estabelecer gratificação para os operadores nos anos em que avultar em muito a importância das

mesmas operações”. Nesse ponto, evidenciamos o olhar médico do provedor sobre as novas técnicas adotadas pela ciência médica, com propriedade para indicar e avaliar tais medidas profiláticas. Paraíba transparece seus objetivos: ser reconhecido por seus esforços em ampliar a renda da instituição²⁸.

Em meados do século XIX, o hospital de Campos contava com dois médicos, um boticário e seus dois ajudantes, um praticante de cirurgia, um barbeiro, um enfermeiro e uma enfermeira, com seus respectivos ajudantes²⁹. Entretanto, não conseguimos precisar as variações desse quadro funcional, dado que não se menciona nos relatórios de 1860. Apesar disso, o provedor notifica a importância de empregar mais auxiliares no hospital, as vagas poderiam ser preenchidas por expostas, “de quem a casa deve aproveitar os serviços como uma franca compensação da criação e educação, que lhes dá, sujeitando-as a um regimento e regime, que as aproxime, quanto for possível, das Irmãs de S. Vicente de Paula” – algumas expostas já eram empregadas nos serviços das enfermarias das mulheres, como é o caso da exposta Rosa América³⁰.

As pretensões de Fonseca Paraíba perpassaram desde a vinda das irmãs de caridade à ideia de uma publicação estatística médico-cirúrgica do hospital. Outra proposta do provedor vincula-se à necessidade de criação do cargo de médico diretor para o serviço sanitário, com um profissional incumbido de administrar as atividades da sala de banco e a obrigatoriedade de residir na Santa Casa³¹.

Esses novos arranjos das atividades hospitalares ilustrariam o progresso da ciência. Os profissionais estariam encarregados de “preencher uma missão superior”, como a obrigatoriedade nas visitas aos enfermos e receitando-lhes os medicamentos convenientes, alterando a “monotonia do serviço” prestado³². Acrescenta ainda a formulação de uma nova tabela de dietas, de maneira a melhor expressar quantitativa e qualitativamente as informações sobre as relações entre a natureza e o estado da enfermidade³³. Para maior regularidade dos serviços, as enfermarias poderiam ser divididas entre médicas e cirúrgicas, com duas classes de facultativos: efetivo e adjunto. Contudo, abria-se espaço para outras sugestões, salientando a relevância daquelas condições; “ou fazendo a divisão de outra maneira, que é, ficando a pequena enfermaria dos homens e a enfermaria das mulheres a cargo de uns médicos, e a grande enfermaria dos homens a cargo dos outros, como mais acertado parecer a vossa prudente consideração”³⁴.

Quanto ao Regulamento do hospital, o provedor opina sobre a alteração das obrigações desempenhadas pelo mordomo responsável, pois as inúmeras visitas às enfermarias e o controle dos cargos de administrador, enfermeiros e praticantes de cirurgia estavam sob sua alçada de fiscalização e inspeção dos serviços.

Essa dedicação sobrecarregava o irmão designado para o cargo e, assim, define que as visitas fossem mensais³⁵.

Sob o título de *Conselho Médico*, entra em discussão a formação de um corpo científico de profissionais da instituição. A princípio, seria estabelecida uma reunião mensal para debater assuntos sobre a clínica do hospital, com indicações de medidas tanto higiênicas como corretivas ou até mesmo preventivas, visando melhoramentos para as enfermarias; com os estudos das histórias e dos resultados das autopsias, “bem como de conferenciar à cabeceira dos enfermos” – o que se fazia raramente. Os resultados deveriam ser publicados anualmente e entregues à Mesa, acompanhados “de um relatório da constituição médica” e dos trabalhos mais notáveis empreendidos pelo Conselho Médico. A proposta prosseguia com a organização de um regulamento especial, tendo em vista uma variedade de casos clínicos “para observações e ensaios”, o que traria vantagens e elevaria as posições dos talentos médicos, além de duplicar a reputação e o crédito clínico para o hospital³⁶.

A fim de dinamizar os serviços prestados, a criação de novos empregos traria reforços para as diferentes repartições. Dentre os listados estavam o cargo de cobrador, para o recebimento de dividendos, medida para solucionar o déficit; e uma roupeira, para inspeção e distribuição das roupas limpas aos enfermos. Por conveniência, as nomeações de administrador do hospital, mordomo da botica, regente, vice regente e mestras do Recolhimento seriam de exclusividade do provedor, os demais empregos superiores ficariam a cargo de definição da Mesa, mas nomeados a partir de seu consentimento. E justifica sua posição: “se ele [provedor] pelo regimento do hospital tem a faculdade de suspender, e mesmo de demitir, parece que lhe deve competir ao menos à proposta dos nomeados.”. Para tanto, com “obrigação de morar dentro do Estabelecimento” e “pelo seu grande movimento”, o Sr. Francisco Antônio da Silveira passa a administrar o trabalho no hospital³⁷. E, interinamente, o doutor Tinoco ocuparia o encargo de mordomo da botica, no intuito de inspecionar e fiscalizar a condução dos trabalhos no laboratório farmacêutico³⁸.

De maneira complementar, a Santa Casa dispunha dos serviços de seis escravos e mais cinco africanos livres, além do escravo Miguel que estava fugido desde 1851³⁹. Por africanos livres entenda-se aqueles desembarcados a partir do fim oficial do tráfico atlântico (1830) e resgatados pelas autoridades. Homens, mulheres e crianças conviveriam em “instituições religiosas e públicas e em demais locais de trabalho, mas tinham um estatuto distinto: cumpriam um período de trabalho compulsório sob administração estatal até alcançarem a ‘plena liberdade’”⁴⁰.

Os labores diários do hospital amargavam com a falta de serventes, “nem para alugar-se se apresentavam apesar dos reiterados anúncios”. Buscando soluções para as questões internas e valendo-se dessa da utilização de africanos livres, os irmãos

receberam a notícia de que a Câmara possuía quatro indivíduos nessa situação, pouco úteis e gerando dispêndios à instituição municipal, a Mesa enviou requerimento ao Presidente da Província pedindo a concessão dos serviços daqueles “emancipados”. Sendo assim, o Sr. Dr. Silveira da Motta acatou a petição e ordenou à Câmara que os entregassem à administração da Santa Casa. Não obstante, “grandes embaraços” continuaram nas dependências hospitalares pela alta demanda de assistência médica⁴¹.

Conforme os relatórios, as dificuldades com serviço interno alargavam as cifras de contratação por mais braços, tão necessários ao funcionamento do hospital. Embora dispusessem de serventes livres, com frequência alugava-se “negros de ganho”, elevando as despesas. A pia instituição possuía cinco escravos velhos e adoentados em 1867, dois faleceram de cólera, precipitando a necessidade de ao menos mais quatro escravos⁴². Ainda não havia se esquecido das consequências da epidemia de 1855 e, pela segunda vez, a cidade alarmou-se com a propagação da moléstia. Agora, uma comissão foi nomeada pela câmara para a apresentação de medidas médicas a serem organizadas; criaram-se quatro postos de atendimentos, “com 30 leitos, cada um, servidos por três médicos e três enfermeiros”, além de farmácias indicadas para abastecimento de remédios aos postos, priorizando os indigentes e aqueles que atestassem pobreza⁴³.

A despeito das condições arquitetônicas e das leis de higiene, o número excedente de pacientes na Santa Casa indicava a insuficiência de camas, colchões, roupas e outros objetos, tratando de providenciar “93 lençóis lisos e mais 31 com babados, mais roupas de camas com 60 cobertores de lã e a doação de 87 lençóis”. O provedor confirma que a ventilação nas salas ocupadas pelos enfermos era péssima, devido à construção imprópria do edifício. Portanto, recomenda-se a substituição das vidraças das janelas, para que “renovem as camadas superiores de ar” e a “livre circulação do ar inferior”, saindo os gases como ácido carbônico; medida que diminuiria o incomodo aos doentes e manteria a atmosfera hospitalar mais pura; e que em todas as janelas colocassem cortinas (constantemente lavadas) e venezianas⁴⁴.

Acompanhando de perto os trabalhos clínicos, o provedor abre questionamentos sobre os honorários dos dois médicos adjuntos, por considerar injusta “a desigualdade, que se nota entre o ordenado do [Dr. José Ferreira Tinoco] e o do ilustrado Sr. Dr. [João Baptista de] Lacerda”, que recebiam, respectivamente, 500\$000 e 800\$000 réis⁴⁵. Partindo do regulamento do hospital, argumentava que “os ordenados deveriam ser equiparados, e mais regular e igualmente distribuído o serviço de um e outro”. Os procedimentos executados na sala do banco deveriam ser partilhados por ambos os médicos; entretanto, somente Lacerda estava exercendo tais deveres⁴⁶. Nota-se que a postura crítica do provedor não é somente sobre as regras, mas, igualmente sobre a maneira de executar os trabalhos.

Dentre as resoluções atestadas estavam favorecidos o patrimônio do hospital e a possibilidade de fundação de um hospício para asilar e educar crianças expostas⁴⁷. Em sessão de 26 de setembro de 1866, a Mesa definitiva considera vantajosa a admissão das irmãs de caridade, premissa defendida pelo Dr. José Heredia de Sá, certo da excelência dessas administradoras que, “não só de todos os hospitais, como de todos os asilos”, edificavam os cuidados dos enfermos e a educação de desvalidas e expostos da Santa Casa do Rio de Janeiro. Desta forma, convencidos dos benefícios disciplinares e educacionais, os confrades concluíram que o mesmo poderia ser aplicado nas dependências da instituição campista. Por fim, a recomendação do médico adjunto é acatada, o próprio encarrega-se de ir ao Rio de Janeiro no intuito de negociar a contratação. Entretanto, alegou que, por causa do número reduzido de irmãs na Corte, não obteve êxito na missão⁴⁸. Neste ponto, verificamos a presença da política nas resoluções e a influência médica nas decisões mais caras ao funcionamento da instituição.

Em relação à contratação das irmãs vicentinas, podemos levantar a hipótese de que os recursos econômicos da Santa Casa de Campos, em comparação com a sua congênere carioca, não permitiriam bancar a “importação” de freiras francesas, fazendo com que a proposta de trazê-las da Corte se mostrasse mais acessível. Contudo, o número limitado de freiras que a Misericórdia carioca dispunha naquele momento era insuficiente para permitir que ela as “cedesse” a outra cidade.

Os dirigentes da Misericórdia campista conheciam bem os atritos vivenciados entre as irmãs vicentinas e os médicos no cotidiano dos hospitais cariocas, caracterizando tal questão como uma “cruzada que, algum tempo, [havia] se armado contra elas, na Corte”⁴⁹. De fato, ali o papel simbólico caritativo do hospital reforçou-se com a chegada das irmãs, aguçando os conflitos com a classe médica “no que se referia aos cuidados aos enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital”⁵⁰.

A propósito, as reformas gerenciadas por Fonseca Paraíba para suprir parte das demandas e prolongar as experiências dos negócios não foram bem recebidas por todos. Algumas de suas reformulações estabelecidas, e outras ainda por serem executadas, causaram algumas divergências na administração. Não há menções mais detalhadas sobre tais querelas, mas, fato é que a oposição interna enfrentada pelo provedor se relacionava diretamente com a ideia “de que a Santa Casa possuísse um arsenal cirúrgico” para preencher os fins hospitalares. No que compete às operações cirúrgicas, expressara surpresa com o estado das caixas operatórias deficientes, os enfermos “que acidentalmente se apresentavam no hospital (...), dependentes de uma operação imediata, (...) nem se concebe facilmente como sejam socorridos”⁵¹. Por ora, já sabemos que ele abriu questionamentos acerca dos honorários dos

médicos, da estrutura física do hospital e da contratação de mais empregados, assim como a criação de novos cargos, ou seja, estava aparentemente cumprindo com os novos ditames científicos e causando alguns desconfortos para com as ordenações anteriores.

Expondo à apreciação dos demais membros, o provedor reitera duas considerações sobre a projeção de novas salas cirúrgicas: defende que, com o tempo, tais tornar-se-iam em pecúlios para a receita do hospital, pois muitas pessoas de municípios vizinhos procurariam as dependências para tratamento; além de valorizar o aprimoramento das atividades médicas e dos profissionais da Santa Casa. Sob todas as condições higiênicas requeridas e montadas convenientemente, o antigo Recolhimento das meninas transformar-se-ia em quartos para enfermarias particulares e uma sala extra, representando mais uma fonte de renda para os cofres da instituição⁵².

Considerações finais

O papel dos médicos em Campos foi fundamental para as mudanças ocorridas no hospital local. Assim como na Misericórdia da Corte, as modificações feitas nas classificações de doenças e terapêuticas começaram a vincular-se a uma avaliação de quais grupos seriam admitidos gratuitamente – esta medida permitia equilibrar o orçamento da instituição, uma vez que instauraria uma política de conquistar o público pagante. Esta medida é reforçada pelo novo regimento que trouxe “um artigo que tratava especialmente dos enfermos pagantes, visando à expansão dos grupos sociais que podiam se interessar em se tratar na Misericórdia”⁵³.

Conforme Renato Franco chamou atenção, as Misericórdias brasileiras eram caracterizadas por grande fragilidade econômica⁵⁴, e Tânia Pimenta demonstrou a forte dependência destas instituições para com as verbas de loterias autorizadas pelo governo provincial⁵⁵. Em Campos dos Goytacazes não foi diferente.

Na Santa Casa campista as dificuldades pecuniárias eram obstáculos para as reformas e a realização de melhoramentos, a situação mais alarmante continuava sendo a do hospital, em função do alto grau de despesas e atendimentos. A não concessão de uma loteria, como em 1861, colocava em risco, ao menos no discurso, o atendimento dos pobres no hospital. Dessa maneira, o regulamento deveria ser reformulado o quando antes, estabelecendo a admissão dos enfermos pobres unicamente da cidade de Campos. O novo regulamento organizaria também o trabalho do mordomo do hospital, com inspeção do administrador, além de realizar uma análise previa daqueles que se apresentavam como pobres que, assim, seriam acolhidos ou dispensados mediante as regras⁵⁶. Na nova organização estavam vetados os incuráveis, os casos

leves que podiam ser atendidos na sala do banco; os inválidos; os estrangeiros ao município de Campos dos Goytacazes; os alienados e os sífilíticos⁵⁷.

O provedor justifica que, apesar da Santa Casa ser instituída pelo espírito de caridade de seus fundadores e com a finalidade de socorrer os enfermos desvalidos, naquele momento a instituição não se encontrava em condições adequadas para atender indistintamente aos que a recorriam devido ao declínio de seus recursos⁵⁸. No que concerne ao caráter discricionário das casas de caridade, Gisele Sanglard narra a experiência da Santa Casa de Valença, no interior do Rio de Janeiro, onde as regras de enquadramento dos atendimentos definiam que aqueles que não tivessem como “trata-se na própria casa” seriam contemplados assistencialmente e os escravos atendidos deveriam ter suas despesas pagas por seus senhores⁵⁹.

As Santas Casas de Misericórdia tomaram a dianteira nesses socorros aos desvalidos, mediando a caridade daqueles favorecidos de fortuna aos infelizes. Para o provedor campista, todos os deveres de humanidade estavam em conformidade ao Compromisso da Misericórdia. Por isso, reforça a retórica de que os benefícios seriam revertidos às reformas, como a criação de uma “enfermaria dos inválidos, um hospício para alienados, um asilo para a velhice desvalida; visitas médicas para a pobreza envergonhada, amparar a viúva pobre e auxiliar e promover a liberdade dos presos”⁶⁰.

Portanto, o discurso proferido nos relatórios de Fonseca Paraíba sugere a influência que a Misericórdia do Rio de Janeiro exerceu sobre sua congênere em Campos. Assim, o provedor campista vale-se de sua posição de médico e do prestígio social que o cargo de provedor lhe conferia, empreendendo mudanças equivalentes às postas em prática por Clemente Pereira na Corte, além de sugerir a vinda das irmãs vicentinas para as funções hospitalares e incluir regras internas balizadas pelos ideais higienistas, bem como formar um corpo médico para avaliar os casos clínicos conforme os ditames científicos da época.

Notas

1. A cidade de Campos dos Goytacazes situava-se no norte da província do Rio de Janeiro e primava pela produção açucareira desde meados do século XVIII. Era poderosa do ponto de vista político.
2. Lamego, Alberto, *História da Santa Casa de Campos*, Rio de Janeiro, 1951, p. 13.
3. Lamego, Alberto, *História da Santa Casa de Campos*, Rio de Janeiro, 1951, p. 28–39.
4. Edler, Flávio Coelho, *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, tese de doutoramento, Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1999.
5. Ferreira, Luiz Otávio, “Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827- 1843)”, *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.6, 1999, pp. 331-351.
6. Rossi, Daiane, Weber, Beatriz, “Legislação imperial e câmaras municipais: saúde e a higiene (Santa Maria/RS, século XIX)”, *Dimensões – Revista de História da UFES*, v. 34, 2015, pp. 120-144, p. 125-126.
7. Benchimol, Jaime, “Pasteur, a saúde pública e a pesquisa biomédica no Brasil”, in Lima, Nísia Trindade, Marchand, Marie-Hélène, *Louis Pasteur et Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz / Banco BNP Paribas Brasil S.A., 2005, p. 215-73, p. 240.
8. Gandelman, Luciana, *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca 1739-1830)*, dissertação de mestrado, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2001, p. 90.
9. Gandelman, Luciana, “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.8, 2001, pp. 613-630, p. 618-619.
10. Gandelman, Luciana, *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca 1739-1830)*, dissertação de mestrado, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2001, p. 91-94.
11. Gandelman, Luciana, “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.8, 2001, pp. 613-630, p. 620-629.
12. Pimenta, Tânia Salgado, Delamarque, Elizabete, “O estado da Misericórdia: assistência à saúde no Rio de Janeiro, século XIX”, in Sanglard, Gisele Porto, Ferreira, Luiz Otávio, Freire, Maria Martha de Luna, Barreto, Maria Renilda Nery, Pimenta, Tânia Salgado, *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*, Rio de Janeiro, Editora FGV/FAPERJ, 2015.
13. Pimenta, Tânia Salgado; Delamarque, Elizabete, “O estado da Misericórdia: assistência à saúde no Rio de Janeiro, século XIX”, in Sanglard, Gisele Porto, Ferreira, Luiz Otávio, Freire, Maria Martha de Luna, Barreto, Maria Renilda Nery, Pimenta, Tânia Salgado, *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*, Rio de Janeiro, Editora FGV/FAPERJ, 2015, p. 46-47.
14. Pimenta, Tânia Salgado, “Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos”, in Korndörfer, Ana Paula, Brum, Cristiano, Rossi, Daiane, Fleck, Eliane, Quevedo, Éverton, *História da Assistência à Saúde e à Pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p. 41-56, p. 43.
15. Lamego, Alberto, *A terra Goitacá: à luz de documentos inéditos*, Niterói, Diário Oficial, 1942, p. 392.
16. *Relatório d’administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no ano de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 4-11.
17. Sanglard, Gisele Porto, “A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, in *Esboços (UFSC)*, Florianópolis, v. 16, 2006, pp. 11-33, p. 12-15.
18. *Relatório d’administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no ano de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 26.
19. Coimbra, Luiz Octávio, “Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920)”, *Revista do Rio de Janeiro*, Niterói, v.1, 1986, pp. 41-85, p. 46.
20. *Relatório d’administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no ano de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 28-29.
21. Gandelman, Luciana, “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.8, 2001, pp. 613-630, p. 619.
22. A expressão “bichas” refere-se às sanguessugas utilizadas em práticas terapêuticas, como a sangria. Ver em: Figueiredo, Betânia Gonçalves, “Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.6, 1999, pp. 277-291.

Notas

23. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p.10.

24. Coimbra, Luiz Octávio, "Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920)"; *Revista do Rio de Janeiro*, Niterói, v.1, 1986, pp. 41-85, p. 45.

25. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes.

26. Gandelman, Luciana, *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento de órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca 1739-1830)*, dissertação de mestrado, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2001, p. 96.

27. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 10.

28. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 27.

29. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1858 e 1859*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 11-14.

30. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 7.

31. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1862 e 1863*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 6.

32. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1863 e 1864*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 13-14.

33. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1866 e 1867*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 6.

34. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1862 e 1863*, arquivo

da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 6.

35. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1866 e 1867*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 5-6.

36. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1863 e 1864*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 15.

37. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 25.

38. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 7.

39. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1858 e 1859*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 14.

40. Mamigonian, Beatriz, "Africanos livres", in Schwarcz, Lília, Gomes, Flavio, *Dicionário da Escravidão e Liberdade: 50 textos críticos*, São Paulo, Companhia das Letras, 2018, p. 71.

41. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 14.

42. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1866 e 1867*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 8.

43. Lamego, Alberto, *A terra Goitacá: à luz de documentos inéditos*, Niterói, Diário Oficial, 1942, p. 125-127.

44. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 30-31.

45. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1858 e 1859*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 11.

46. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1860 e 1861*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 23-24.

O HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

47. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1862 e 1863*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 11.

48. Lamego, Alberto, *História da Santa Casa de Campos*, Rio de Janeiro, 1951, p. 172-173.

49. Lamego, Alberto, *História da Santa Casa de Campos*, Rio de Janeiro, 1951, p. 41-44.

50. Sanglard, Gisele Porto, “A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, in *Esboços (UFSC)*, Florianópolis, v.16, 2006, pp. 11-33, p. 25.

51. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1863 e 1864*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 16.

52. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1863 e 1864*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 17.

53. Pimenta, Tânia Salgado, “Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos”, in Korndörfer, Ana Paula, Brum, Cristiano, Rossi, Daiiane, Fleck, Eliane, Quevedo, Éverton, *História da Assistência à Saúde e à Pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p. 41-56, p. 47.

54. Franco, Renato Júnio, “O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa”, in *Estudos Historicos*, v. 27, 2014, pp. 5-25.

55. Pimenta, Tânia Salgado, “Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos”, in Korndörfer, Ana Paula, Brum, Cristiano, Rossi, Daiiane, Fleck, Eliane, Quevedo, Éverton R, *História da Assistência à Saúde e à Pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*, São Leopoldo, Oikos, 2017, p. 41-56.

56. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1866 e 1867*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 4-5.

57. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1865 e 1866*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 5.

58. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1865 e 1866*, arquivo

da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 5.

59. Sanglard, Gisele Porto, “A nova pobreza na virada do século XIX para o século XX (Valença, RJ, 1883-1893)”, in Ferreira, Luiz Otavio Ferreira, Sanglard, Gisele Porto, Barreto, Maria Renilda Nery, *A interiorização da Assistência: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência à saúde no Brasil (1850-1945)*, Belo Horizonte, Fino Traço, 2019, p. 87-112.

60. *Relatório d'administração da Santa Casa de Misericórdia da Cidade dos Campos dos Goytacazes no anno de 1866 e 1867*, arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, p. 19.

A assistência à saúde no Portugal de oitocentos: agentes, políticas e instituições

* Universidade Católica
Portuguesa. Universidade
do Minho. Lab2PT

**Universidade do Minho.
Lab2PT

Na Europa oitocentista, o hospital sofreu um conjunto de modificações, para as quais contribuíram as descobertas alcançadas em vários domínios. A medicina e a cirurgia, em particular, beneficiaram desses avanços, que se refletiram no diagnóstico e no tratamento das doenças, além de terem contribuído para uma crescente diferenciação dos serviços de saúde e para o surgimento de novas especialidades médicas, como foi o caso da obstetrícia, por exemplo¹.

A questão que se pretende elucidar é se, e em que medida, também os hospitais portugueses acompanharam essas transformações. Os estudos realizados sobre a prestação de cuidados de saúde no século XIX não são tão abundantes como os que incidem no período moderno. No entanto, os estudos locais levados a cabo por vários historiadores, como Ana Isabel Pires Coelho da Silva, Ana Correia, Maria Antónia Lopes, Paula Sofia Fernandes, Maria Marta Lobo de Araújo, Alexandra Esteves, Aurizia Anica, entre outros, mostram que a modernização hospitalar se fez sentir sobretudo em três áreas: no disciplinamento de enfermeiros, serviçais e doentes, que, todavia, não impediu a ocorrência de abusos e conflitos; na regulação do contacto com o exterior, através, designadamente, da limitação e do controlo de visitas; e na higienização das instalações, que, de um modo geral, estavam muito degradadas, tendo em vista a melhoraria das condições de acolhimento e de tratamento dos doentes².

Após o estabelecimento da nova ordem liberal, assiste-se à promulgação de importante legislação no domínio da saúde pública e, subseqüentemente, a importantes reformas neste setor. O papel do Estado neste domínio continuou a ser escasso, consistindo, essencialmente, na proteção dos estabelecimentos de beneficência e na fiscalização das suas contas. Segundo o disposto no Código Administrativo de 1842, cabia ao administrador do concelho “tomar as contas” de irmandades, confrarias, misericórdias e hospitais, bem como das demais instituições de beneficência³. Chegadas a finais do século XIX, encontramos hospitais e dispensários a receberem algum apoio do Estado, mas a larga maioria subsistia com fundos próprios ou à custa de donativos de particulares.

Além do auxílio institucional prestado aos doentes, também havia lugar ao apoio domiciliário. Nesta matéria, a intervenção do Estado também era ocasional, valendo, em contrapartida, a ação das misericórdias, que, sendo detentoras da maioria dos hospitais existentes no reino, desempenharam um papel de inegável relevância na prestação de cuidados de saúde, em especial aos mais necessitados.

Para levarem a cabo a sua missão, agregaram, ampliaram e remodelaram hospitais, e deram uso a alguns conventos que, a partir de 1834, ficaram devolutos na sequência da extinção das ordens religiosas. Em 1885, foi entregue à Misericórdia da Guarda

o Convento de Santa Clara para nele instalar um hospital que satisfizesse as necessidades da população⁴. Três anos mais tarde, foi a vez da Santa Casa de Setúbal receber o edifício do antigo Convento das Religiosas de Jesus para aí funcionar um hospital; já em 1899, o antigo convento de Elvas foi cedido à Misericórdia de Elvas para ser reconvertido em hospital.

A portaria de 26 de outubro de 1882 estabelecia que a tarefa principal das Santas Casas consistia no tratamento dos doentes pobres. Todavia, nem sempre tinham os meios bastantes para cumprir essa função, dadas as limitações financeiras. Em 1883, o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Monção, em ofício dirigido ao governador civil de Viana do Castelo, a propósito do pedido de apoio do Ministério do Reino para a criação de hospitais provisórios para coléricos, manifestava a sua indisponibilidade para apoiar esta causa, alegando dificuldades financeiras para administrar “um hospital de caridade para os irmãos e para os pobres da villa, como de fora”, com apenas dez camas, que vivia de rendimentos próprios, de donativos e esmolos dos benfeitores. Para realizar alguns melhoramentos inadiáveis e garantir o funcionamento da instituição com o mesmo número de camas, conseguiu que o governo autorizasse a concessão à Misericórdia das verbas sobrantas das confrarias locais⁵.

Como refere Maria Antónia Lopes, a atribuição às Santas Casas de responsabilidades no domínio da prestação de cuidados de saúde tem a ver com a associação, que ainda persistia em oitocentos, entre a pobreza e o hospital, encarado como um lugar de prestação de assistência aos pobres e desamparados. Esta conexão pode ser encontrada nos dicionários da época. No século XVIII, Raphael Bluteau definia o hospital como “lugar público, em que se curam doentes pobres”⁶. Ainda na mesma centúria, António de Moraes da Silva referia-se ao hospital como a “Casa onde se curão doentes pobres. Onde se agasalhao hospedes e viandantes pobres”⁷. Já em oitocentos, Luiz Maria da Silva Pinto repete a mesma definição: “Casa onde se curão pobres doentes. Onde se agasalhão pobres viandantes”⁸. Nos inícios do século XX, no dicionário Cândido de Figueiredo já se descobre uma mudança significativa no conceito de hospital: “Edifício, para nelle se recolherem e tratarem doentes”⁹.

Esta última noção de hospital já reflete as descobertas e os avanços registados ao longo do século XIX, que levaram a uma nova leitura e compreensão da doença, que se refletiram na forma de conceber o hospital, agora visto como um lugar de cura. Afigura-se oportuno assinalar a diferença relativamente a um passado recente, em que personalidades de relevo, como Montesquieu, defendiam o fim dos hospitais, devido à falta de condições, à miséria e insalubridade que exibiam, bem como ao perigo que podiam representar ao favorecerem a destruição de laços familiares¹⁰. Assim, os hospitais deviam ser extintos e

substituídos por um sistema de assistência domiciliária eficaz. Ora, as descobertas de oitocentos colidem com esta leitura e serviram, antes, para promover, quando tal se justificasse, a hospitalização.

A necessidade de reforma dos hospitais começou a ser objeto de estudo e reflexão por parte de alguns médicos, o que se se pode constatar, por exemplo, nas teses apresentadas às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, que abriram portas em 1836¹¹. Também houve médicos estrangeiros que se interessaram e dissertaram sobre a realidade hospitalar portuguesa. Foi o caso do médico alemão, Jorge Henrique Langsdorf, que, em 1800, durante a sua permanência em Portugal, escreveu sobre os melhoramentos que poderiam ser realizados nos hospitais portugueses. Um dos aspetos que foca tem a ver com sua especialização. A este propósito, preconiza a existência de hospitais para partos; de hospitais militares e marítimos, seguindo os modelos inglês e austríaco; de hospitais para “doudo”; de hospitais para “bexigas”, ou seja, para enfermos de varíola; de hospitais para “cancros, mal venéreo, caries, gangrena”; e dos hospitais gerais propriamente ditos. Sobre estes tece um conjunto de considerações, destacando a elevada mortalidade registada no Hospital de São José, então o maior hospital português. De facto, os hospitais não eram lugares de morte, dado que a maioria dos enfermos procurava-os, sobretudo, para descansar, curar moléstias de pequena gravidade e ter acesso a uma alimentação mais esmerada. No entanto, o Hospital de São José apresentava uma taxa de mortalidade acima da média, comparado com dos seus homólogos parisienses e londrinos¹².

Este cenário persistia na década de 1850, o que levou o médico António Maria Barbosa a refletir sobre as causas que concorriam para a sua permanência, que dividiu entre internas e externas. A propósito destas, traça o quadro assistencial da cidade de Lisboa, enumerando as falhas que, a seu ver, complicavam a prestação de cuidados de saúde à população. Assim, refere a deficiente organização e administração dos estabelecimentos de caridade de fora de Lisboa e falta de resposta para situações clínicas mais complexas, o que levava muitos doentes de vários pontos do país, geralmente já num estado avançado de enfermidade, ao Hospital de São José. Aliás, para acabar com os abusos, a portaria de 7 de fevereiro de 1851 estabelecia que as misericórdias ou, quando estas não pudessem, as câmaras municipais ficavam obrigadas ao pagamento das despesas dos seus doentes no Hospital de São José¹³. Aponta a falta de instituições para acolher os idosos e os doentes incuráveis, que acabavam por ser encaminhados para os hospitais, e a ausência de um sistema de assistência domiciliária eficaz, o que fazia com que doentes portadores de enfermidades pouco graves ocupassem os hospitais. Em Lisboa, a Santa Casa já prestava este serviço a algumas mulheres, as chamadas “visitadas”. Menciona, ainda, a falta de articulação entre as diferentes

Gráfico 1
Número de doentes que entraram e faleceram no Hospital de São José (1880-1884)

Fonte: INE, Anuário de 1875.

■ Entradas
■ Faleceram

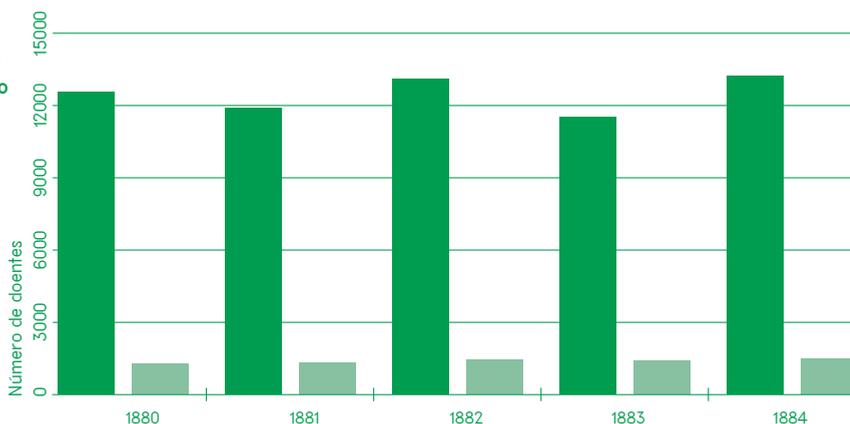
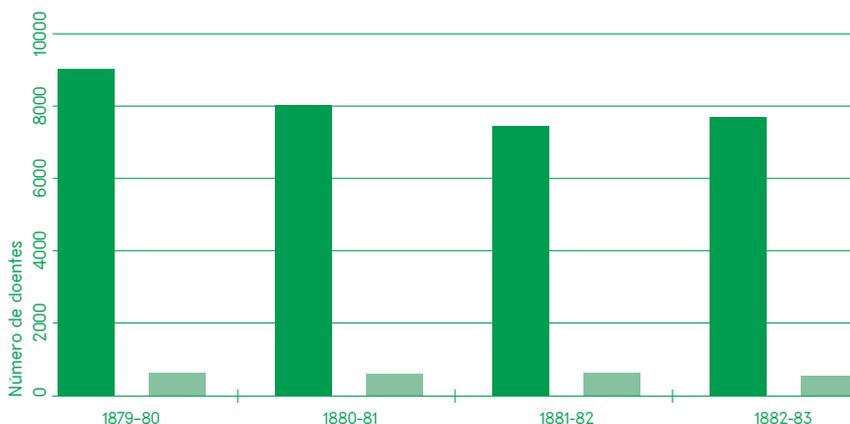


Gráfico 2
Número de doentes que entraram e faleceram no Hospital de Santo António (1789-1883)

Fonte: INE, Anuário de 1875.

■ Entradas
■ Faleceram



instituições existentes na cidade de Lisboa, em particular com o asilo de mendicidade, para assistir os doentes, muitos dos quais se encontravam desamparados e num estado de absoluta indigência, sem familiares que cuidassem deles¹⁴. Por isso, acorriam frequentemente ao hospital e procuravam permanecer para além do tempo necessário, de modo a usufruírem o mais possível do conforto e da alimentação que lhes faltava no dia-a-dia.

Quanto às causas internas que concorrerem para a mortalidade registada no Hospital de S. José, António Maria Barbosa alude a fatores estruturais, designadamente a grande dimensão do edifício e das enfermarias, o que dificultava o acompanhamento dos internados e a manutenção das necessárias condições de limpeza e higiene¹⁵.

Atendendo aos gráficos 1 e 2, onde constam as entradas e os falecimentos ocorridos, durante um tempo praticamente idêntico, nos dois maiores hospitais do país, podemos verificar que o Hospital de São José, sendo o mais concorrido, era o que registava uma maior percentagem de falecimentos. Em 1883, atingiu a percentagem de 11,71 óbitos por 100 doentes, enquanto o Hospital de Santo António nunca ultrapassou a barreira dos 8,32 falecimentos por 100 doentes. [Gráfico 1] [Gráfico 2]

AGENTES, POLÍTICAS E INSTITUIÇÕES

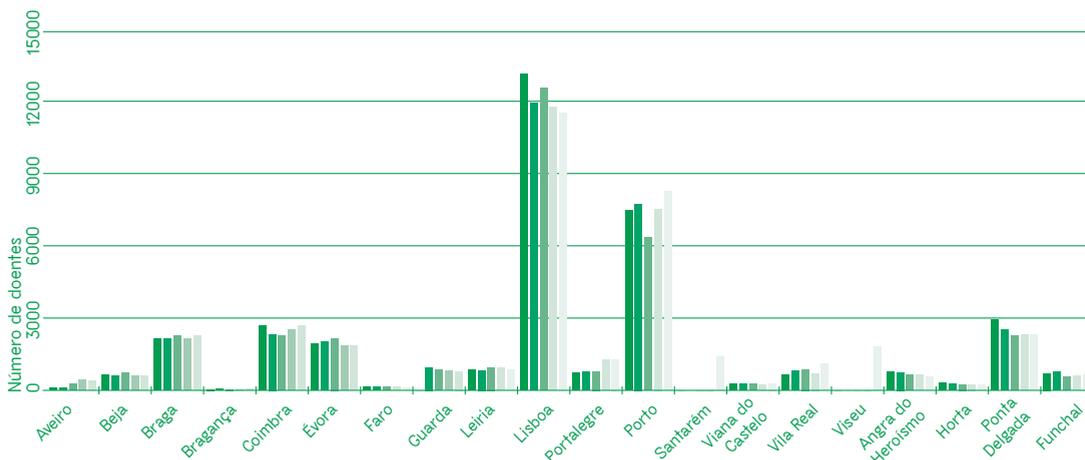


Gráfico 3
Número de doentes que entraram nos hospitais das cabeças de distrito (1882-1886)

Fonte: Anuário estatístico, 1886.



O Hospital de Santo António, o segundo maior do país, gerido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, tinha problemas de sobrelotação, ultrapassando frequentemente a sua capacidade. Entre as soluções aventadas para evitar esta circunstância constavam a criação de estruturas provisórias ou pelo incremento do serviço de socorros domiciliários¹⁶. Em 1890, quando ainda persistiam os problemas de excesso de ocupação, recebeu 10.538 doentes, sendo 2460 do Porto, 7711 de fora do concelho e 367 estrangeiros¹⁷. [Gráfico 3]

Para uma análise mais aprofundada, analisámos, para o ano de 1892, o número de doentes que ingressaram nos hospitais civis do reino. Nessa data, havia 156 estabelecimentos, não sendo consideradas as instituições anexas ao Hospital de São José, embora tivéssemos contabilizado o número de doentes que acolhiam. Para facilitar a visualização da distribuição das unidades hospitalares existentes em 1892, dividimos o país em três regiões: a região Norte (distritos de Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto); a região Centro (distritos de Aveiro, Coimbra, Santarém, Leiria, Lisboa, Guarda e Visu); a região Sul (distritos de Évora, Beja, Faro e Portalegre). [Gráfico 4]

Em finais do século XIX, havia 32 hospitais na região Norte do país. Pela sua dimensão, sobressaía o Hospital de Santo António, gerido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, para onde eram enviados os doentes mais graves. Seguiam-se os hospitais de São Marcos (Braga), de Guimarães e de Vila Real¹⁸. Apesar de se situar na sede do distrito, o hospital de Viana do Castelo não chegava a receber, anualmente, 400 doentes¹⁹. Havia, no entanto, estabelecimentos que acolhiam menos de 50 e até menos de 10 doentes, como sucedia nos hospitais de Melgaço e de Freixo de Espada à Cinta, respetivamente. [Gráfico 5]

Na região Centro, o hospital mais concorrido era o de São José e anexos, com mais de 18 000 enfermos, seguido pelos hospitais de Coimbra (2819 doentes), Visu (1588 doentes) e Santarém (1588 doentes). Nesta zona do país, a afluência aos hospitais era superior

Gráfico 4
Doentes que entraram nos hospitais da região Norte em 1892

Fonte: INE, Anuário Estatístico, 1892

Gráfico 5
Doentes que entraram nos hospitais da região Centro em 1892

Fonte: INE, Anuário Estatístico, 1892

Gráfico 6
Doentes que entraram nos hospitais da região Sul em 1892

Fonte: INE, Anuário Estatístico, 1892

à da região Norte, com vários estabelecimentos a receberem mais de 100 doentes. **[Gráfico 6]**

No Sul do país, destacava-se o hospital de Évora, seguido pelos de Elvas, Portalegre, Portalegre e Beja. Também nesta região, como se pode constatar no gráfico 6, eram vários os hospitais que ultrapassavam os 100 enfermos. **[Gráfico 7]**

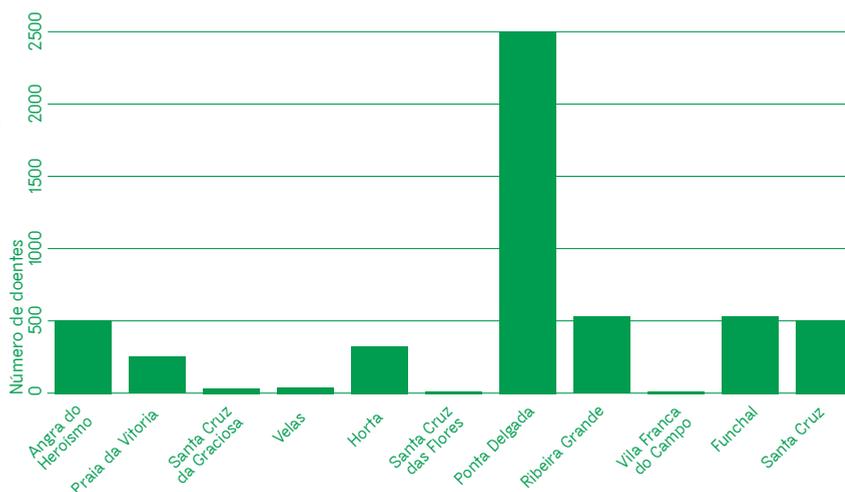
Considerando, conjuntamente, os arquipélagos dos Açores e da Madeira, distinguia-se o hospital de Ponta Delgada.

Cada unidade hospitalar tinha o seu estatuto e o seu regulamento próprios. Em finais do século XIX, Lisboa, a capital do reino, contava com seis hospitais. O Hospital de São José (hospital central) recebia doentes de todo o país, que, conforme as suas patologias, eram depois encaminhados para outros hospitais²⁰. Para serem admitidos, tinham de fazer prova do seu estado de pobreza e da necessidade de internamento, verificada por uma junta de médicos. A exceção eram os doentes enviados pelas câmaras municipais mediante o pagamento de uma pequena quota. Com capacidade para 700 doentes, tinha 10 enfermarias para homens e seis para mulheres, uma enfermaria reservada e 15 quartos para pensionistas. Havia, ainda, duas secções destinadas ao ensino dos alunos da Escola Médico-Cirúrgica, sendo uma de clínica geral e outra de obstetrícia. Dispunha de serviço permanente de banco, que atendia tanto os doentes internados como os externos. O Hospital do Desterro, a funcionar num antigo convento adaptado por ocasião do surto de febre-amarela em Lisboa, passou a receber os pacientes que se acumulavam no Hospital de São José²¹. Tinha uma secção reservada ao tratamento de doenças venéreas e outra à clínica geral, e uma das enfermarias acolhia doentes das vias urinárias. O Hospital de São Lázaro, anexado desde 1844 ao Hospital de São José, estava destinado ao isolamento dos doentes atacados de lepra²². O Hospital D. Estefânia, mandado construir pelo rei D. Pedro V e pela rainha D. Estefânia, só recebia mulheres e crianças. Tinha uma enfermaria e quartos reservados para pensionistas²³. Todo o seu pessoal de enfermagem era secular e do sexo feminino. O Hospital da Rainha D. Amélia, instalado no antigo convento de Arroios, por iniciativa da rainha D. Amélia, destinava-se ao isolamento dos doentes tuberculosos e o Hospital de Rilhafoles servia apenas para o tratamento de alienados²⁴.

Houve um conjunto de mudanças nos hospitais oitocentistas que tiveram impacto na sua organização e no seu funcionamento: melhoria da qualidade dos cuidados médicos e cirúrgicos; aumento da prestação do apoio domiciliário; melhores serviços farmacêuticos; maior afluência de enfermos; crescente centralidade da assistência hospitalar. Estas transformações, que implicaram alterações nos regulamentos internos, não significaram o fim dos problemas. Pelo contrário, continuaram a ser objeto de crítica, sobretudo pela falta de condições de higiene e salubridade (e.g. Ramalho Ortigão e a crítica ao Hospital de Santo António).

Gráfico 7
Doentes que entraram
nos hospitais dos
arquipélagos dos Açores
e da Madeira em 1892

Fonte: INE, Anuário
Estatístico, 1892.



Alguns estabelecimentos, que continuaram a ser procurados sobretudo por pobres, passaram a ter uma clientela diversificada, que incluía meretrizes, alienados e presos, para os quais eram reservadas enfermarias.

Como já referimos, a maioria dos hospitais eram geridos pelas Santas Casas, que, no decurso do século XIX, enfrentaram circunstâncias complicadas. No crescente investimento que tiveram de realizar no setor hospitalar, beneficiaram do apoio de novos interventores sociais, os “brasileiros”, que deram um importante contributo para a criação de novos estabelecimentos e para a realização de melhoramentos nos existentes²⁵.

Entre os progressos que se verificam no século XIX, é de salientar, por exemplo, o surgimento de institutos e hospitais especializados no tratamento de certas enfermidades. Assim, o louco vai para o manicómio, o tuberculoso para o sanatório, por exemplo. Mesmo dentro das unidades hospitalares, a divisão entre doentes tende a fazer-se de forma mais vincada, com a delimitação de instalações reservadas a doentes de enfermidades que se caracterizam pela sua especificidade ou elevado grau de contagiosidade.

É também nesta centúria que se assiste, em Portugal, à fundação dos primeiros hospitais para alienados. O internamento de “doudos” em enfermarias próprias, separados dos restantes doentes, já se fazia no Hospital de São José, em Lisboa, e no Hospital de Santo António, no Porto²⁶. Todavia, ambos enfrentavam os mesmos problemas: sobrelotação, falta de condições físicas e de recursos humanos para acolher e tratar estes doentes e fazer diagnósticos rigorosos. O Hospital de Rilhafoles, mais tarde chamado Hospital Miguel Bombarda, o primeiro estabelecimento destinado a doentes mentais, abriu portas em 1848. Antes da transferência dos primeiros doentes para Rilhafoles, o antigo convento foi sujeito a várias intervenções com vista à sua reconversão em hospital manicomial, com capacidade para 350 doentes, tendo sido criados, entre outras estruturas, cinco

“quartos fortes” para os alienados furiosos. Segundo o disposto no decreto de 17 de abril de 1850, este estabelecimento só deveria receber pacientes considerados perigosos, os indigentes curáveis, embora também fosse admitida a possibilidade de aceitar outros candidatos desde que tivessem recursos económicos. É de supor que o objetivo desta medida seria evitar que a instituição se transformasse num asilo para doentes incuráveis.

Como recebia alienados de todo o país, a lotação do Hospital de Rilhafoles rapidamente ficava esgotada. O pessoal era escasso, as condições muito precárias e as fugas sucediam-se. Por outro lado, as relações com as administrações dos concelhos e as instituições de assistência nem sempre primavam pela cordialidade, uma vez que, segundo os responsáveis do hospital, não cuidavam de selecionar os doentes. Normalmente, a admissão era precedida, entre outras formalidades, da apresentação de vários documentos, incluindo o parecer médico, que teria de responder a uma série de requisitos, e a declaração do pároco da freguesia, a certificar a residência dos candidatos, exceto se fossem enviados pela autoridade pública, entre os quais se incluíam os condenados inimputáveis.

O ingresso de doentes processava-se, fundamentalmente, por três vias: por decisão das autoridades, tratando-se de mendigos ou de delinquentes considerados inimputáveis; a pedido das famílias; por transferência do Hospital de São José. Entre 1818 e 1851, deram entrada, primeiro no Hospital de São José e, depois, em Rilhafoles, apenas 12 alienados considerados inimputáveis (11 homens e uma mulher), envolvidos em delitos contra pessoas, e apenas um implicado num crime contra a propriedade²⁷.

A 24 de março de 1883, foi inaugurado o Hospital Conde de Ferreira, o primeiro construído de raiz em Portugal para alienados, graças ao legado que Joaquim Ferreira dos Santos, um benfeitor “brasileiro”, deixou à Santa Casa de Misericórdia do Porto para esse fim. Inspirado no Hospício D. Pedro II, do Rio de Janeiro, era considerado o segundo estabelecimento mais importante da Santa Casa, depois do Hospital de Santo António²⁸. Em 1890, morreu António Maria de Sena, o seu principal ideólogo e primeiro diretor²⁹. Foi substituído por Júlio de Matos, médico, positivista e republicano, que já desempenhava funções como médico adjunto, lugar que passou a ser ocupado por António de Sousa Magalhães Lemos. Nesse ano, o hospital contava com seis médicos. No que respeita ao pessoal de enfermagem, eram apontadas fragilidades na sua preparação, o que levava a constantes despedimentos e a queixas dos doentes.

Para além dos hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, Portugal contava com mais duas estruturas, de menor dimensão, para os padecentes de demência: o Instituto de São João de Deus, que abriu portas em 1883, e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Existiam, ainda, duas casas de saúde, uma em Lisboa e outra no Porto, que não tinham capacidade para

acolher mais de 20 doentes. Mais tarde, foi criado o Manicómio Câmara Pestana, também com lotação reduzida, na ilha da Madeira.

Apesar da sua antiguidade, a tuberculose atingiu uma dimensão muito preocupante no século XIX, com o aumento do número de casos⁵⁰. Para a combater, vão surgir respostas específicas. Em 1853, na cidade do Funchal, foi fundado o primeiro sanatório português. No Hospital de Santo António, graças a um legado, foi criada uma enfermaria para mulheres atacadas pela tuberculose e, mais tarde, em 1890, também em resultado de um legado, foi instalada uma enfermaria para doentes do sexo masculino⁵¹. Em 1894, foi estabelecida a declaração obrigatória da tuberculose e no ano seguinte teve lugar o primeiro grande congresso sobre a doença. Entretanto, Miguel Bombarda propôs a fundação da Liga Nacional contra a Tuberculose, que veio ter núcleos espalhados pelo país. Em 1899, por iniciativa da rainha D. Amélia, foi instituída a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), tendo como objetivos a criação de instituições para tuberculosos, a construção de sanatórios para os tuberculosos curáveis e hospitais marítimos para crianças, bem como a assistência aos enfermos carenciados. Para levar a cabo as suas ações, a ANT contava com as cotas dos sócios, com o valor do fundo especial de defesa sanitária, estabelecido pela lei de 17 de agosto de 1899, que englobava um subsídio no valor de 20 contos atribuído pelo Estado e os subsídios concedidos pelas câmaras municipais e instituições de assistência⁵².

A ANT tinha duas sucursais, uma no Porto e outra em Coimbra, e 13 delegações espalhadas pelo país. Entre as suas realizações, destacam-se a fundação, em 1900, do Sanatório Marítimo do Outão, do Sanatório Marítimo de Carcavelos, em 1902. Em 1907, já funcionavam dispensários anti tuberculose em Lisboa, Bragança, Porto, Faro e Viana do Castelo. Em 1907, na cidade da Guarda, foi fundado, o sanatório Sousa Martins, destinado aos tuberculosos curáveis.

Os primeiros dispensários portugueses nasceram na sequência de uma política de combate à elevada incidência da chamada “doença do peito”, sobretudo nos grupos sociais mais desfavorecidos, e de assistência às crianças pobres. Estas, mal agasalhadas e mal alimentadas, vivendo em habitações desprovidas de qualquer conforto, estavam mais expostas a contrair a tísica. Doença altamente contagiosa, que não distinguiu condição social, instalava-se e desenvolvia-se mais facilmente em corpos fragilizados⁵³. Em 1893, pela mão da rainha D. Amélia, foi criado o primeiro dispensário destinado a crianças pobres e menores de 12 anos, dispondo de serviços de assistência médica, alimentar e cirúrgica. Desde então, por todo o país, foram surgindo dispensários de apoio às crianças, uns geridos e patrocinados por particulares ou pelos municípios, outros por iniciativa das misericórdias, como sucedeu em Lisboa.

Não havia consenso entre as autoridades sanitárias sobre a melhor forma de combater a tuberculose: enquanto uns apostavam

na construção de sanatórios, outros preferiam a criação de dispensários. Impressionado com a experiência francesa, António de Lencastre pugnou, com sucesso, pela segunda hipótese, por entender que os dispensários permitiam uma intervenção mais precoce e eficaz sobre a doença e sobre o paciente. Os sanatórios, por seu lado, foram-se transformando em antecâmaras da morte, aos quais os doentes acorriam, muitas vezes já em estado terminal. O primeiro dispensário antituberculoso foi aberto em Lisboa, em 1901. Por iniciativa da Associação Nacional aos Tuberculosos, outros foram abertos em diversos lugares do país.

Além da atividade orientada para a prevenção e tratamento das doenças infecciosas, nomeadamente através do apoio domiciliário aos enfermos e da distribuição de leite e de substâncias medicamentosas, os dispensários investiam também na vertente educativa. Assim, ao facultativo não competia apenas informar o paciente sobre o seu estado de saúde e prescrever a terapia adequada, mas também corrigir os comportamentos tidos como inadequados. Deste modo, cumpria-se a tripla função destas instituições: prevenir, tratar e educar. Se alguns dos dispensários assumiam uma vocação mais polivalente, outros estavam direcionados para um determinado tipo de patologia. Em Portugal, foram fundados dispensários antissifilíticos, de combate à tuberculose e de luta contra a mortalidade infantil.

As leprosas já existiam em séculos passados. O Hospital dos Lázaros e das Lázaras, dirigido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, estava destinado a padecentes de doenças dermatológicas, e não apenas de lepra. No século XIX, a sua missão alargou-se e passou a acolher também surdos-mudos. Também foi em oitocentos que se alargou o número de instituições hospitalares preparadas para receber e tratar padecentes de cegueira e se notou uma maior preocupação com a assistência de que necessitavam, pois muitos viviam da mendicidade e em condições muito precárias³⁴. A primeira instituição para cegos foi fundada em 1823, por D. João VI, e funcionou até 1860. Entretanto, foram criados diversos asilos: o Asilo de Nossa Senhora da Esperança de Castelo de Vide, em 1863; o Asilo de Nossa Senhora dos Aflitos, fundado pela Condessa de Rio Maior, em Lisboa, em 1878; o Asilo-Escola António Feliciano de Castilho; o Asilo de Cegos de S. Manuel, administrado pela Misericórdia do Porto, em 1893.

No Portugal de oitocentos, eram muitas as carências em matéria de assistência à saúde. Todavia, importa assinalar e reconhecer o esforço feito no sentido de melhorar e aumentar a resposta hospitalar, tendo em atenção, nomeadamente, a especificidade das patologias. A intervenção do Estado nesta área ficou muito aquém das necessidades da população, tendo valido a ação das misericórdias, cujo papel na prestação de cuidados de saúde, em particular aos mais precisados, deve ser relevado.

Notas

1. Consulte-se Bynum, William, *História da Medicina*, Porto Alegre, L&PMPocket, 2011, pp. 101-129. Gargantilla Madera, Pedro, *Manual de Historia de la Medicina*, Malaga, grupoeditorial 13, 2009, pp. 233-249.
2. Sobre os hospitais no século XIX e inícios do século XX consulte-se Silva, Ana Isabel Coelho Pires da, Silva, *Assistência Social em Portugal na Monarquia Constitucional (1854-1910): da doutrina política à prática no Alto Alentejo*, Coimbra, Universidade de Coimbra, 2017. Tese de doutoramento policopiada. Correia, Ana Maria Diamantino, “Os hospitais e a assistência aos doentes em Coruche no século XIX e princípio do século XX”, in *História, Revista da FLUP*, IV Série, Vol. 6, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2016, pp. 213-230. Correia, Ana Maria Diamantino, *A saúde pública no concelho de Coruche: instituições, agentes e doentes (1820-1910)*, Coruche, Câmara Municipal de Coruche/Museu Municipal, 2015. Couto, Manuel; Esteves, Alexandra, “A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910)” in Amorim, Inês (Coord.), *Sob o Manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa casa da Misericórdia do Porto*, vol. III (1820-1910), Porto, Almedina, 2018, pp. 312-387. Esteves, Alexandra, “Comer, sarar e descansar: o quotidiano do hospital de Monção no século XIX”, in Araújo, Maria Marta Lobo de; Pérez Álvarez, María José (coord.), *Do silêncio à ribalta: os resgatados das margens da História (séculos XVI-XIX)*, Braga, Lab2PT, 2016, pp. 101-117. Esteves, Alexandra, “A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha”, *Asclepio*, 67 (1), enero-junio 2015. Lopes, Maria Antónia, “Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (medos do século XVIII-meados do século XIX)”, in *História da Saúde e das Doenças*, Lisboa/Torres Vedras, Colibri, Câmara Municipal de Torres Vedras, 2012, pp. 147-164; Lopes, Maria Antónia Lopes, *Proteção Social em Portugal, na Idade Moderna*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. Fernandes, Paula Sofia, *O Hospital e a Botica da Misericórdia de Penafiel (1600-1850)*, Penafiel, Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, 2016. Anica, Aurízia, “A Modernização do Hospital do Espírito Santo de Tavira, no Século XIX”, in *Actas das V Jornadas de História de Tavira*, Tavira, Clube de Tavira, 2006. Silva, Ana Margarida Dias da, *O Hospital e Asilo da Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco de Coimbra (1851-1926)*, Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2014. Tese de mestrado policopiada. Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República*, Braga, Santa Casa da Misericórdia, 2010.
3. *Código Administrativo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1842, p. 60.
4. Lopes, Maria Antónia; Paiva, José Pedro (Dir.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Tradição e modernidade: o período da monarquia constitucional (1854-1910)*, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas, 2010, p. 118.
5. Arquivo Histórico do Governo Civil de Viana do Castelo (doravante AHGCVC), *Hospitais para coléricos – 1884*, 1.22.1.2-6.
6. Bluteau, Raphael, *Vocabulário portuguez e latino, aulico, anatomico, architectonico, bellico, botanico, brasilico, comico, critico, chimico, dogmatico, dialectico, dendrologico, ecclesiastico, etymologico, economico, florifero, forense, fructifero... autorizado com exemplos dos melhores escritores portuguezes, e latinos...*, vol. 4, Coimbra, Colégio das Artes da Companhia de Jesus, 1712-1728, p. 64.
7. Silva, Antonio Moraes da., *Dicionario da lingua portugueza – recopilado dos vocabularios impressos ate agora, e nesta segunda edição novamente emendado e muito acrescentado*, por ANTONIO DE MORAES SILVA, vol. 2, Lisboa, Typographia Lacerdina, 1813, p. 121.
8. , Pinto, Luiz Maria da Silva. *Diccionario da Lingua Brasileira por Luiz Maria da Silva Pinto, natural da Provincia de Goyaz*, Na Typographia de Silva, 1832.
9. Figueiredo, Candido, *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*, 1913.
10. Leia-se D’Eça, Pedro Almeida, *Hospitais de Crianças*, Porto, Typographia Occidental, 1890.
11. Consulte-se Costa, Rui Manuel Pinto; Vieira, Ismael Cerqueira, “O trabalho académico como fonte histórica: as teses inaugurais da escola Médico-cirúrgica do Porto (1827-19109)”, in *CEM. Cultura, Espaço e Memória*, n.º 3, 2012, pp. 251-260.
12. Langsdorf, Jorge Henrique, *Observações sobre o melhoramento dos hospitaes em geral...*, Lisboa, Typografia da Academia Real de Sciencias, 1800.
13. Lopes, Maria Antónia; Paiva, José Pedro (Dir.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Tradição e modernidade: o período da monarquia constitucional (1854-1910)...*, p. 7.

14. Sobre as condições de trabalho no hospital de São José consulte-se Subtil, Carlos Lousada; Vieira, Margarida, “Funções e condições de trabalho de um enfermeiro no Hospital de S. José (meados do século XIX)”, in *Revista de Enfermagem Referência*, ser. III, n. 5, 2011, pp. 181-190.
15. Consulte-se Barbosa, Antonio Maria, *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade do Hospital de S. José e meios de as attenuar*, Lisboa, Imprensa de Francisco Xavier de Sousa, 1856.
16. Veja-se Simões, A. A. da Costa, *O Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*, Porto, Typographia do Jornal do Porto, 1883. Sobre o Hospital de Santo António no século XIX consulte-se Couto, Manuel; Esteves, Alexandra, “A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910)” in Amorim, Inês (Coord.), *Sob o Manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa casa da Misericórdia do Porto*, vol. III (1820-1910)...., pp. 312-387. Alves, Jorge Fernandes, Carneiro, Marinha, *Olhar o Corpo. Salvar a Vida*. Porto, Hospital Geral de Santo António, 2007. Basto, A. De Magalhães, *Origens e desenvolvimento de um grande estabelecimento de assistência e caridade*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1998. Carvalho, Luís, *Contributos para a História do Hospital geral de Santo António*, Porto, Modo de ler, 2008. Pacheco, H., *O Hospital de Santo António. No tempo e na cidade*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2010. Silva, H. da, “O Porto e a construção da cidade moderna: o caso do Hospital Geral de Santo António, nos séculos XVIII e XX”, in *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, vol. 21, n.º 2, pp. 709-725.
17. D’Almeida Júnior, José Dias, *Hospitales. Necessidade d’um hospital barraca par a prática d’operações*, Porto, Typ. E Livraria Peninsular, 1877.
18. Sobre a Hospital da Misericórdia de Vila Real leia-se Sousa, Fernando de; Ferreira-Alves, Natália Marinho (Coords.), *A Santa Casa da Misericórdia de Vila Real. História e Património*, Porto, CEPESE, 2011, pp. 146-181.
19. Acerca do Hospital de Viana do Castelo no período moderno, veja-se Magalhães, António, *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVII)*, Viana do Castelo, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, 2013. Sobre o Hospital de Viana do Castelo no período contemporâneo consulte-se Esteves, Alexandra, “Na saúde e na doença: a ação do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos inícios do século XX”, in *500 anos de História das Misericórdias. Congresso internacional*. Atas, Braga, Santa Casa Misericórdia de Braga, 2014, pp. 271-298. Sobre o hospital de São Marcos leia-se Araújo, Maria Marta Lobo, *Memória e quotidiano: as visitas e as devassas ao hospital de São Marcos na Braga Moderna*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2014. Acerca da instituição vimaranense consulte-se Magalhães, António, “O hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães no final do século XIX: um estudo preliminar”, in Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Intemporalidade da Misericórdia. As Santas Casas Portuguesas: espaços e tempos*, Amares, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2016, pp. 335-362.
20. *Notas sobre Portugal*, vol. I, Lisboa Imprensa Nacional, 1908, pp. 633-637.
21. *Notas sobre Portugal*, vol. I..., pp. 637-638.
22. *Notas sobre Portugal*, vol. I..., p. 638.
23. *Notas sobre Portugal*, vol. I..., pp. 638-639.
24. *Notas sobre Portugal*, vol. I..., pp. 643-644.
25. Alves, Jorge Fernandes, ““Brasileiros”, hospitais e filantropia nos séculos XIX e XX”, in Carneiro, Humberto, Coelho, José Abílio (Orgs.), *As Misericórdias e a Saúde. Passado, Presente e Futuro*, Amares, Santa Casa da Póvoa de Lanhoso, 2017, pp. 59-75.
26. Veja-se Abreu, Laurinda, “A Misericórdia de Lisboa, o Hospital Real e os insanos: notas para uma introdução”, in *Museu S. João de Deus. Psiquiatria e História*, Lisboa, Portugal, Editorial Hospitalidade, 2009, 109-114.
27. Pulido, Francisco Martins, *Relatório sobre a Organização do Hospital de Alienados em Rilhafóles*, s/l, s/e, 1851. Patrício, António, *Assistência aos alienados criminosos*, Porto, Typ. do Porto, 1907. Sobre a inimizabilidade leia-se Esteves, Alexandra, “Crime e alienação no Portugal de finais do século XIX e inícios do século XX”, in *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS*, Vol. 11 No 21, Janeiro - Junho de 2019, pp. 116-137.
28. Pereira, P. T., Gomes, E. e Martins, O., “A alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)”, in *Revista da Faculdade de Letras. História*, III Série, vol. 6, 2005, pp. 99-128.
29. Sena, António Maria de, *Os alienados em Portugal*, Lisboa, Ulmeiro, 2003.
30. Sobre o combate à tuberculose em Portugal leia-se os vários trabalhos de

Notas

Ismael Cerqueira Vieira, nomeadamente *Conhecer, tratar e combater a “peste branca”*. *A fisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*, Porto, CITCEM, 2015.

31. Couto, Manuel; Esteves, Alexandra, “A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910)”... pp. 312-387.

32. *Anuário Estatístico de Portugal*. 1905, vol. 1, Lisboa Imprensa Nacional, 1907, p. 120.

33. Byrne, Katherine, *Tuberculosis and the Victorian Literary Imagination*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011

34. Silva, Ana Isabel Coelho Pires da, Silva, *Assistência Social em Portugal na Monarquia Constitucional (1834-1910): da doutrina política à prática no Alto Alentejo*, Coimbra, Universidade de Coimbra, 2017. Tese de doutoramento policopiada.

GISELE SANGLARD*

Assistência à pobreza no Vale do Paraíba fluminense: a criação e atuação das Misericórdias de Valença e Vassouras (1838–1889)

* Doutora em História das Ciências e da Saúde. Pesquisadora em Saúde Pública. Fiocruz. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Fiocruz. Pesquisadora do CNPq

Este trabalho tem por objetivo discutir como a assistência foi se construindo em dois municípios da antiga província do Rio de Janeiro ao longo do século XIX: Vassouras e Valença. Experiências distintas, mas unidas pela tradicional caridade e pelo escravismo, nos permitem problematizar os sentidos da criação de instituições de assistência nestas cidades.

O estudo da criação das Santa Casa da Misericórdia de Valença (1838) e Santa Casa da Misericórdia de Vassouras (1853) permite compreender a Lei dos Municípios de 1828 como marco político importante para o entendimento da criação destas instituições; além de inseri-las, também, na sociabilidade imperial, onde o apoio para a (e da) nova elite fluminense pode ser percebido na abertura de Casas de Caridade, como forma de agradar ao Imperador ou agradecer à mercê desejada/recebida. Neste cenário, a abertura de Misericórdias nestas duas cidades do interior fluminense permite construir um quadro interessante da assistência à saúde na região do Vale do Paraíba Fluminense – em cidades inseridas nas maiores *plantations* de café e sustentáculo econômico e político do Império do Brasil (1822–1889).

Não pretendo afirmar que este estudo possa traduzir a experiência de abertura de instituições de caridade em todas as províncias brasileiras. Considero sim que as dinâmicas locais, questões relativas à sociedade e a economia de cada região são fatores importantes para se compreender o surgimento destas instituições.

Para atender aos objetivos aqui propostos, este trabalho será dividido em três partes distintas: a primeira procurará analisar o papel da Lei dos Municípios e seu impacto na assistência, além de discutir a questão no enobrecimento das elites locais, a partir do financiamento da assistência; a segunda parte irá apresentar questões relativas à criação das instituições que aqui serão analisadas; e, por fim, a terceira parte procurará evidenciar o público atendido em ambas as instituições e assim reunir as duas anteriores, fechando o trabalho.

Entre o município e a Misericórdia: a assistência no interior do Brasil no século XIX

Em artigo recente procuro demonstrar como a experiência de abertura de instituições de caridade no interior da província do Rio de Janeiro responde a dinâmicas distintas – sobretudo ao levarmos em consideração o período pós-independência onde a expansão destas instituições ocorreu de forma acentuada.¹

Ao tratarmos das Misericórdias no Brasil é preciso ter em mente que, apesar da relação colônia metrópole, foram várias as diferenças que se estabeleceram entre as instituições

metropolitanas e as coloniais e, sobretudo, aquelas que irão ser criadas a partir da independência. Dentre as distinções estão o pouco investimento na abertura destas confrarias; a composição dos sócios; e a concentração das obras de caridade na manutenção dos hospitais – eram poucas as Misericórdias brasileiras que mantiveram Roda dos Expostos ou Recolhimento, à exceção das do Rio de Janeiro e Salvador, que desde o século XVIII mantiveram Rodas e Recolhimentos; e a de Campos dos Goytacazes, que criou um recolhimento, o Asilo da Lapa, na década de 1860².

No que tange à composição dos sócios, Renato Franco ressalta que a rigidez compromissal não pode ser levada à risca em todo Império português, a flexibilidade teve que ser adotada para permitir a existência das confrarias – e isso permitiu a entrada de comerciantes e endinheirados, em geral, nestas instituições. E o autor frisa que o

“modelo mesmo com apropriações, reivindicava o caráter claramente masculino e aristocrata do exercício da caridade institucional no Antigo Regime luso. Por isso, as Misericórdias podiam ser consideradas um espaço identitário das elites portuguesas espalhadas pelos quatro cantos do ultramar.”³

A presença de comerciantes entre os irmãos maiores não gerou conflito nas instituições – representavam um retrato da sociedade brasileira desde a segunda metade do século XVIII. Muitas vezes dividiam-se equanimemente entre o primeiro e o segundo foro na Misericórdia do Rio de Janeiro, como o quadro apresentado por Renato Franco aponta.⁴

A coroa portuguesa não investiu muito na abertura de Misericórdias em sua colônia brasileira. Foram poucas as que tiveram autorização de funcionamento e, em sua maioria, localizadas no litoral: Olinda, Recife, Salvador, Rio de Janeiro e Santos – todas cidades-chave, sendo duas capitais coloniais, e estratégicas para o socorro das tropas e dos marítimos. No interior, São Paulo era a última porta de entrada para os sertões; e Vila Rica, no século XVIII viu seu esplendor graças à economia aurífera. Um traço comum a todas elas, a exceção das do Rio de Janeiro e de Salvador, era a fragilidade econômica, que refletia em sua capacidade de atuação, conforme já discutido por Renato Franco.⁵

O final do período colonial viu o surgimento da última Misericórdia colonial e a segunda em terras fluminenses – aquela de Campos dos Goytacazes. Conforme Claudia Atallah chama atenção, a criação desta capitania traduz o desenvolvimento da capitania da Paraíba do Sul dos Campos dos Goytacazes no início do século XVIII e de sua proximidade com a capital colonial. Localizada estrategicamente na foz do rio Paraíba do Sul – o que permitiria adentrar aos sertões e alcançar a Estrada Real – a região foi dominada pelos jesuítas e, com a expulsão da ordem religiosa

em 1754 por Pombal, a região foi ocupada por homens ligados à coroa por laços de vassalagem e por uma população de homens livres e pobres.⁶ É na transformação da região em engenhos de açúcar que a capitania se desenvolve e, principalmente, a cidade de São

É neste cenário que é criada a irmandade de N. Sra. Mãe dos Homens em 1786 que, quatro anos depois, solicita à rainha D. Maria I ser reconhecida como Irmandade da Misericórdia – o que ocorreu a 05 de julho de 1791 – e reconhecida pela prefeitura local, no ano seguinte. A irmandade já mantinha, deste 1790, um pequeno hospital no fundo da Igreja Matriz. No século XIX, a Misericórdia de Campos será a mais importante da província do Rio de Janeiro e terá um desenvolvimento bem distinto de suas congêneres do vale do Paraíba fluminense – a despeito de toda fragilidade e conflitos que marcaram seus anos iniciais, conforme Claudia Atallah ressaltou.⁷

A criação desta Misericórdia tardo-colonial traz algumas características comuns às Misericórdias oitocentistas, notadamente àquelas que serão objeto de análise neste capítulo: o desenvolvimento sócio econômico do município e a abertura de um hospital. A despeito de ser a obra de caridade e/ou filantrópica mais cara, estas instituições tinham no cuidado aos doentes sua principal atuação.

A partir da independência, viu-se no Brasil a expansão das Misericórdias – o que pode ser caracterizada como uma singularidade brasileira. Primeiro, na província do Rio de Janeiro; em seguida, nas Províncias de São Paulo, Minas Gerais, Bahia; e aos poucos pelas demais províncias. Mas algumas continuidades foram sentidas: coube ainda ao imperador autorizar a abertura de uma Misericórdia, que deviam prestar contas ao Ministério do Império de suas ações; e às Câmaras, o cuidado com os expostos.

Contudo, com a outorga da Constituição de 1824, o papel das Câmaras ia ser mudado. Era necessário que o papel destas instituições se adequasse à nova carta magna. Coube ao Senado a preparação da Lei dos Municípios que começou a ser discutida em 1827. Esta lei tinha como objetivo dar nova forma às Câmaras Municipais, delimitar suas atribuições, determinar o processo eleitoral para sua composição e redefinir o papel dos Juizes de Paz.

Gladys S. Ribeiro e Vantuil Pereira chamam atenção que, até a promulgação da Lei dos Municípios em 1828, as câmaras municipais tiveram papel político importante, tendo sido, inclusive, fiadoras do processo de Independência. Com a nova lei, elas deixam de ter papel político e ficaram restritas às questões administrativas locais.⁸

No que interessa aos objetivos deste capítulo, a Lei dos Municípios em seu artigo 69 determina que caberá às câmaras municipais a criação e manutenção de casas de caridade, com o objetivo claro de, na ordem: criar os expostos, curar os

necessitados, vacinar os meninos e todos os que não o tivessem sido. E para tal deveriam ter um médico ou cirurgião de partido. O artigo 76, que fala das rendas das câmaras, determina que não “podendo prover a todos os objetos de suas atribuições, preferirão aqueles, que forem mais urgentes” e entre os mais urgentes, os senadores indicam a criação e educação dos expostos, dos órfãos mais pobres e dos desamparados. Mas ainda determina, apenas nas “cidades, ou vilas, aonde não houverem casas de misericórdia”.⁹

Contudo, ao definir que caberia às câmaras a criação e manutenção de Casas de Caridade e que as câmaras só cuidariam dos expostos no caso de cidades onde não houvesse casas de misericórdia, o legislador transferia às instituições de caridade a obrigação na criação dos expostos, órfãos pobres e desamparados, bem como da assistência em geral. Está aí uma das chaves para entendermos a abertura das Casas de Caridade ou de Misericórdia no período imperial.

Um dado deve ser evidenciado: a lei, promulgada a 1º de outubro de 1828, é assinada por José Clemente Pereira – que virá a ser um dos maiores, e mais longevos, provedores da Irmandade da Misericórdia do Rio de Janeiro no período oitocentista.¹⁰

A adequação à lei dos Municípios é uma das explicações para a abertura de casas de caridade na província do Rio de Janeiro, onde a primeira é aberta em Parati em 1827, seguida por Resende, em 1835; Angra dos Reis, 1836; Cabo Frio, 1837; e Valença, 1838. Destas, apenas Cabo Frio não era mantida por uma Misericórdia, todas as outras eram vinculadas a uma Misericórdia. Depois de Valença, somente a partir de 1850 veremos a criação de outras instituições.

Como discutido em artigo aceito para publicação na Revista de História (Unifesp) a abertura das chamadas “casas de caridade” pode ser percebida como uma estratégia das elites locais de conseguirem recursos do governo providencial para o financiamento da assistência aos pobres, notadamente a questão dos doentes e do abandono¹¹. Mas este não foi o caso de ambas as Misericórdias analisadas neste artigo, como se verá a seguir.

Outra possibilidade apontada para compreendermos a criação destas instituições é o jogo de interesses e agrados ao jovem imperador. Uma característica da nobreza brasileira era o mérito. Era preciso ter feito algo para merecer o título e, sobretudo, a distinção *com grandeza* – eram os “serviços prestados” em prol de ações de interesse da Monarquia e as ações de cariz caritativo e filantrópico tinham especial apreço¹². Os aniversários natalícios na família Imperial eram datas em que eram distribuídas as mercês, não à toa muitas das instituições aqui analisadas tiveram sua criação no dia do aniversário de Pedro II. É neste jogo de interesses que a criação destas instituições deve ser entendida.

As Misericórdias de Vassouras e Valença – proximidades e afastamentos

Ambas as cidades estão inseridas no vale do Paraíba fluminense, ou seja, no coração da economia cafeeira e do escravismo. Distam ca. de 35km uma da outra e fazem limite com Minas Gerais e outros municípios fluminenses. Esta região foi, ao longo do século XIX, responsável pela sustentação econômica do estado imperial brasileiro.

A Santa Casa da Misericórdia de Valença e seu hospital foram criados em 1838. As datas de criação da Irmandade e de seu hospital são extremamente emblemáticas: enquanto a Santa Casa foi criada a 2 de julho de 1838, no dia e mês em que se inicia o ano compromissal das Misericórdias; a data do hospital é uma alusão ao aniversário natalício do imperador Pedro II. Se no plano simbólico a Misericórdia valenciana procura se aproximar da experiência portuguesa, no plano concreto, está mais próxima da política imperial.

A leitura de seu primeiro compromisso não deixa dúvidas – apesar de publicado em 1875, o documento vem datado de 02 de julho de 1838 e é assinado pelo visconde de Baependi. A edição traz ao final uma série de documentos: auto de aprovação, com a aprovação do ordinário – no que tange ao culto; e a confirmação do governo imperial, datada de 08 de outubro, dando o acordo ao compromisso da irmandade. O documento vem assinado pelo regente Bernardo Pereira de Vasconcelos.¹⁵

O primeiro capítulo já demonstra a diferença com a atuação histórica da Irmandade da Misericórdia, onde a criação de expostos não era atribuição dela. A Santa Casa de Valença tem por fim curar os expostos ou meninos abandonados, além das tradicionais obras de misericórdia, como curar os enfermos, socorrer os pobres encarcerados e dar dote às donzelas órfãs ou desamparadas. Não resta dúvidas que a criação desta instituição procura responder à Lei dos Municípios.

O enquadramento do Compromisso desta instituição à Lei de 1828 pode ser visto em diversos capítulos. No que tange aos expostos, o Capítulo XIV – do Mordomo dos Expostos – esse deveria zelar pela criação da criança, encaminha-la à criação externa, e fazer visitas inesperadas às casas das amas a fim de verificar como a criança estava sendo tratada., O compromisso obrigava a ama a levar a criança ao hospital em caso de adoecimento e também a não se mudar sem comunicar ao Mordomo – sendo a desobediência cabível de demissão. Também cabia ao mordomo zelar pela educação da criança a partir do momento do desmame podendo permanecer na

casa da ama até a idade de seis anos para as meninas e sete anos para os meninos.

A partir desta idade os meninos eram obrigados a aprender a ler e escrever, além de aprender algum ofício quer sendo encaminhado como aprendiz, sem definição do lugar, ou sendo encaminhado para alguma oficina dos Arsenais do Império. Se no primeiro caso cabe à família que o estiver criando providenciar o encaminhamento; no segundo caso cabe à Mesa providenciar o local. No caso das meninas, elas deviam, além de ler e escrever, costurar, engomar e lavar, cabendo apenas à família que a criou ensiná-las. Por fim, o Mordomo deveria garantir que as crianças fossem vacinadas.

Com relação ao cuidado com os expostos, o Compromisso permite, não só percebermos como esta instituição responde à legislação, incluindo a preocupação com a vacinação; mas também deixa perceber a preocupação com a *utilidade* dos expostos – a criação deve voltar-se para a profissionalização das crianças.

Apesar do compromisso ser muito detalhista com relação à criação dos enjeitados, a documentação da Misericórdia de Valença é pouco loquaz com relação a este tipo de assistência.

Entre 1838 e 1857 o Hospital funcionou em prédios alugados pela Irmandade, mas desde 1842 havia projeto para a construção de um prédio específico. Nos anos iniciais o pessoal do hospital era restrito a um cirurgião (Casemiro Lucio de Azevedo Coutinho), um médico (José Leopoldo Gamard) e a um boticário (José Antônio de Queiroz) que fornecia gratuitamente os medicamentos. Ressalte-se que até 1851 o hospital funcional às expensas dos irmãos, não recebendo qualquer verba da Província.

O processo de construção do prédio do hospital chama atenção para alguns aspectos que nos levam em direção ao enobrecimento dos cafeicultores locais; e para o envolvimento da população local, a partir da assinatura das listas públicas de subscrição.

Com relação ao primeiro ponto, deve-se notar que, em 1838, o único a ter título de nobreza era o visconde de Baependi, quando da visita do Imperador à região em 1848, as obras e seus *imbróglis* já estavam adiantados. De certo, a criação desta instituição ajudou a elevar ao baronato os ricos cafeicultores de Valença – se o título de barão demorasse a chegar, as comendas já os distinguiam. Tal processo fica bastante evidente no processo de criação da Irmandade da Misericórdia de Vassouras, em 1853.

Se no caso da Misericórdia de Valença a ação filantrópica ensejou o reconhecimento do imperador através da distribuição de títulos nobiliárquicos, o movimento contrário também é percebido: em agradecimento à mercê recebida, faz-se doação para a abertura de uma Casa de Caridade.

A história da Santa Casa de Vassouras está intimamente ligada à da Irmandade de N. Sra. da Conceição de Vassouras – a principal irmandade da vila de Vassouras, orago que batiza a vila de N. Sra

A CRIAÇÃO E ATUAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS

da Conceição de Vassouras. A Irmandade foi criada a 2 de julho de 1830, e sua primeira mesa diretora foi eleita a 04 de julho. A ela coube a administração do cemitério da vila.

A visita do Imperador à Vassouras em 1848 agraciou vários fazendeiros com os mais diversos títulos. É nesta ocasião que Pedro Correa e Castro se tornou, a 11 de outubro, barão do Tinguá. Para agradecer o título recebido, doou a quantia de 10 contos de réis para a Câmara construir sua Casa de Caridade.¹⁴

A Câmara decidiu passar a incumbência recebida do barão de Tinguá à Irmandade da Conceição, por considerar que tal administração fugia a seus encargos. Na sessão da irmandade de 26 de outubro de 1848 foi lido o ofício e deliberado que a irmandade aceitaria a incumbência com a condição de que o custeio do hospital não viesse de suas rendas. Na resposta à Câmara transparece a relação não muito amistosa entre ambas as instituições¹⁵.

O fato é que o memorialista Ignácio Raposo afirma que a 02 de dezembro de 1848 o cortejo saiu da Igreja de N. Sra. da Conceição para o lançamento da pedra fundamental do Hospital que recebera o nome de Hospital de Sra. da Conceição de Vassouras. Afirma ainda que o ato recebeu “as mais calorosas palmas da pobreza sofredora” (Raposo, 1935: 73). A data escolhida e a narrativa reforçam o papel simbólico da nova instituição: sua pedra fundamental foi lançada no aniversário natalício do jovem imperador, em agradecimento à honraria recebida pelo barão de Tinguá, e é acompanhada pela “pobreza sofredora” para o socorro de quem a instituição estava sendo criada.

Entre 26 de outubro de 1848 e 1853, ano em que é criada a Irmandade da Misericórdia de Vassouras, a Irmandade da Conceição e a Câmara não chegam a um consenso acerca do custeio do hospital. Em janeiro de 1851 a questão não estava ainda resolvida.¹⁶ A última menção do assunto é em 06 de dezembro de 1868 e neste momento o hospital já funcionava administrado pela irmandade da Misericórdia e a questão eram os livros abertos para custeio do hospital.¹⁷

Em que momento foi tomada a decisão de se abrir uma outra Irmandade para gerir o hospital, as fontes não permitem dizer. O fato é que a 02 de dezembro de 1853 o juiz municipal, Laureano Correa e Castro (futuro barão de Campo Bello e irmão do barão de Tinguá), instalou a Santa Casa de Vassouras, ocasião na qual foi eleita sua mesa diretora: como provedor o barão de Tinguá (Pedro Correa e Castro); tesoureiro, o comendador Francisco José Teixeira Leite (futuro barão de Vassouras); escrivão, Francisco José Teixeira e Souza; procurador, Rodrigo da Silva Araújo; e como mordomos, Lourenço Luiz de Athaide, Estevão José de Siqueira, Antonio Moreno de Alagon, e João Alves Pimenta. Para elaborar o compromisso foram indicados Joaquim Teixeira Leite e Domiciano Leite Ribeiro.¹⁸

Município	População	No.	Percentual
Valença	Livre	22606	41,86%
	Escrava	31397	58,14%
	Total	54.003	100%
Vassouras	Livre	19085	45,59%
	Escrava	22781	54,41%
	Total	41866	100%

Tabela 1
População de Vassouras e Valença

Fonte: Tabela construída pela autora a partir dos dados fornecidos pelo Almanak Laemmert de 1880.

Já em fevereiro de 1854, a Santa Casa se habilitava para receber as quotas de loteria da Província do Rio de Janeiro, conforme a lei provincial de 10 de março de 1841.¹⁹

Foram provedores da Misericórdia: barão de Tanguá (1853–1869), Joaquim José Teixeira Leite, o visconde de Araxá, o barão de Cananéa e o dr. Joaquim Alexandre de Siqueira.

No que tange ao compromisso da irmandade da Misericórdia, pouco se difere do da congênere de Valença. Seu primeiro capítulo define seus objetivos: curar os enfermos necessitados; recolher, mandar criar e educar os expostos; socorrer os presos pobres. Além de nomear o barão de Tinguá como irmão benfeitor, protetor e provedor perpétuo honorário.

No cuidado aos expostos, as obrigações são quase as mesmas, com duas exceções: não detalha o destino das crianças depois dos 6-7 anos, como o faz a valenciana; e explicita a necessidade do batismo.

Sobre o hospital, em 1877 Alberto Brandão publicou nas páginas de *O Município*, e posteriormente republicado pelo *Almanach d'O Vassourense* em 1889, que são médicos do estabelecimento Antonio Lazzarini, Andrade, Siqueira, Fernandes, Macedo, Lucindo Filho e Alberto Leite Ribeiro. Afirma que “o estabelecimento tem melhorado muito, possui enfermarias vastas e arejadas, água, latrinas, cozinha; finalmente tudo o quanto é necessário para preencher seus fins altamente humanitários”.²⁰ Ressalte-se que Antonio Lazzarini também foi médico de partido da fazenda Cachoeira Grande, de propriedade da baronesa de Vassouras.²¹

Sobre o público dos hospitais

Conforme apontado em artigo recente, os hospitais das Misericórdias de Vassouras e Valença eram pequenos. Ambos contam, em 1882, com 50 leitos cada um. Para o final do período imperial o de Valença chega a 100 leitos e o de Vassouras a, mais ou menos, 70 leitos.²² E como todo hospital de caridade era discricionário na definição de quem podia ser atendido: o de Valença deixava claro que o irmão com um único escravo seria considerado pobre e seu escravo teria atendimento gratuito, bem como qualifica o pobre – aquele que não tem recursos de se tratar

em sua própria casa; já Vassouras, apenas aponta que o irmão com apenas um escravo será considerado pobre. Em ambos os casos, o escravo era considerado como público pagante.

Segundo os dados do Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro para o ano de 1880, a população de ambos os municípios era de: [Tabela 1]²³

Apesar dos dados concernentes ao total de escravos matriculados em Vassouras estar defasado – refere-se ao ano de 1877 – pode-se ter clareza que a maioria da população de ambos os municípios era de escravizados, mas estes eram apenas 6%²⁴ do público do hospital da Misericórdia de Valença. Apesar de não se ter os dados referentes ao hospital de Vassouras, considera-se que não deve diferir daquele de Valença uma vez que estão na mesma região e com características sociais iguais.

Todos os dados coligidos no livro de entrada de pacientes para os anos de 1882 a 1897 apontam que, no início da década de 1880, o hospital de Valença era de homens, jovens, solteiros e brancos. Aos poucos estas características vão se alterando: em 1882 as mulheres eram 9,5% dos pacientes; em 1892, são 32,2% – um aumento de quase 340% em 10 anos.

Outro indício forte é no quesito cor. Os brancos eram 62,9% em 1883 e os pretos, 16,5%; para em 1893 inverterem: os brancos passam a ser 25,5% e os pretos, 53,2% – um aumento de 220%. Os pardos mostram-se estáveis no período de 17% para 20,6%.

A esta variação, soma-se a questão média etária: em 1893, a média era de 34 anos; dez anos depois, era de 44,7%. Acrescente-se o aumento gradual da presença de Africanos entre as “nacionalidades” indicadas – em 1883 eram quatro indivíduos; em 1893, 56 homens. Um acréscimo de 1400% de Africanos no transcurso de uma década.

A inversão de cor dos pacientes e seu envelhecimento devem ser atribuídos ao processo de abolição da escravatura e, sobretudo, à lei do Sexagernário (1886) – que deu liberdade aos escravizados com mais de 60 anos.

Apesar de todos os indícios apontarem para que os hospitais de Valença e Vassouras terem como público prioritário o homem branco, jovem e solteiro para 10 anos depois, em 1893, ser um local frequentado prioritariamente por homens negros, idosos e solteiros ou viúvos, faltava um dado mais concreto do que indícios. Duas perguntas ficavam sem respostas: o que ocorreu com o homem branco e jovem depois da abolição; e como eram tratados os escravos antes de 13 de maio de 1888.

A esta questão procurei responder em outro artigo ainda inédito. Com a falência das fazendas de café, causada pelo esgotamento do solo²⁵, pelo envelhecimento da mão de obra e pelo endividamento dos fazendeiros²⁶, muitos cafezais foram substituídos pelo gado – sobretudo voltado para a indústria de laticínios. A criação de gado exige muito menos mão de obra que os cafezais. Com isso

o imigrante que estava naquela região podia se tornar facilmente um migrante, que percorria o Brasil em busca de melhores condições de trabalho. Ele não estava preso ao solo, como era o caso do escravo, que pela condição servil tinha mobilidade reduzida ou inexistente. Então, levanta-se a hipótese que o homem branco, muitas vezes imigrante, saiu em busca de novos empregos na lavoura, como o exemplo por mim apresentado.²⁷

Durante o escravismo os imigrantes deviam, em caso de necessidade, procurar assistência médica por conta própria, pagando um curandeiro ou mesmo se dirigindo à Misericórdia, caso não pudesse pagar pelos serviços de médicos e/ou boticários. Diferentemente dos escravos, cuja assistência médica era feita nas fazendas, quer pelos médicos de partido,²⁸ quer por um boticário, ou até por transferência para alguma fazenda em que houvesse recursos.

O atendimento dos escravos nas fazendas já vinha sendo apontado por Keith Barbosa e Anne Proença, mas pouco se conhecia de fato, além do caso do barão de Nova Friburgo estudado por Keith Barbosa e da presença de médicos em Vassouras, como apontado por Anne Proença.²⁹ Como se verá no capítulo de Anne Proença neste livro, os hospitais mantidos pelas fazendas de café eram mais comuns e, muitas vezes, com mais capacidade de atendimento do que as Misericórdias locais.

Os estudos de Anne Proença, apresentados neste livro, mostram a razão pela qual o percentual de negros no hospital da Misericórdia de Valença era tão baixo, uma vez que havia grande oferta de leitos nas fazendas – seus proprietários não precisariam recorrer à instituição de caridade para cuidar de seus empregados. E com isso, posso afirmar que, de fato, era um hospital de homens, brancos e jovens até 1886 – conforme pode ser percebido nos gráficos abaixo. Todavia, o processo de abolição da escravatura fará com que este cenário mude: os sexagenários, libertos e sem laços de solidariedade acabam precisando recorrer à Misericórdia, e com a abolição cada um fica por si. [\[Gráfico 1\]](#) [\[Gráfico 2\]](#)

Outras características dos utentes do hospital que merecem ser ressaltadas são com relação à profissão e aos imigrantes. Sobre estes já referenciamos um pouco no contexto das hipóteses possíveis para pensarmos para onde foram os homens brancos que eram atendidos no hospital. Deve-se referenciar que eram majoritariamente portugueses, seguidos de italianos e espanhóis; além de um cadinho de outras nacionalidades. Como o caso destes dois homens, solteiros: Antonio Luiz de Freitas que deu entrada no hospital no dia 18 de março de 1885, solteiro, 45 anos, administrador da Fazenda Sant'Anna – tinha anemia; e Jorge Teixeira Maciel, solteiro, 60 anos, administrador da Fazenda das Canoas, deu entrada a 18 de setembro de 1887 com micose.

Numa sociedade, voltada majoritariamente à economia do café, não é de estranhar que a grande maioria destes portugueses trabalhasse na lavoura. Não é de desprezar o contingente de

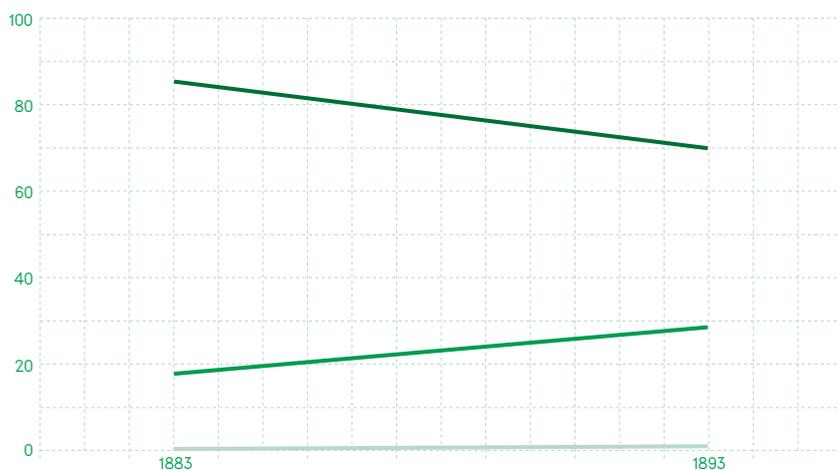
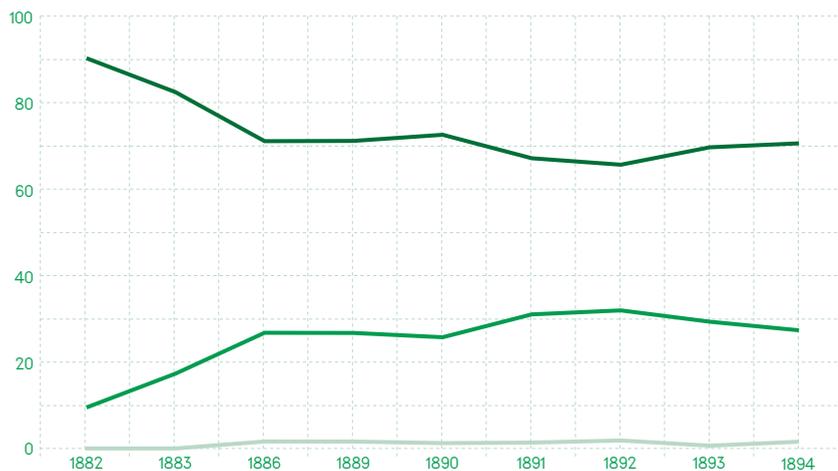
A CRIAÇÃO E ATUAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS

Gráfico 1
Gênero pacientes
1882 a 1894

Gráfico 2
Comparativo gênero
1883 e 1893

Fonte: Livro de entrada e saída de pacientes, 1882-1897, Santa Casa da Misericórdia de Valença. Tabulação própria.

— Masculino
— Feminino
— Ilegível



portugueses que se dedicavam a trabalhos mais especializados: trabalhadores domésticos, na estrada de ferro, trabalhador urbano, no comércio e mesmo na polícia.

O hospital da Misericórdia de Valença era na década de 1880, um hospital do trabalhador pobre, que, em função da doença, precisava recorrer à caridade pública para recobrar suas forças. Eram, em sua maioria, homens que viviam da lavoura, trabalhadores braçais. Eram acometidos pela sífilis, tuberculose e distúrbios gastrointestinais – doenças das más condições de vida e de moradia. Com o envelhecimento da população as cardiopatias ganham evidência; as doenças reumáticas que também poderiam indicar envelhecimento, muitas vezes estão associadas à sífilis – o que as transforma em sífilis secundária.

O gráfico a seguir mostra o crescimento dos trabalhadores rurais no hospital de Valença. A categoria “trabalhador rural” engloba três designações: trabalhador, roça e jornaleiro. Se difere do “lavrador”, esse indica o pequeno proprietário enquanto o trabalhador é o empregado. A categoria “ouros” reúne um conjunto de profissões, notadamente urbanas – há o administrador

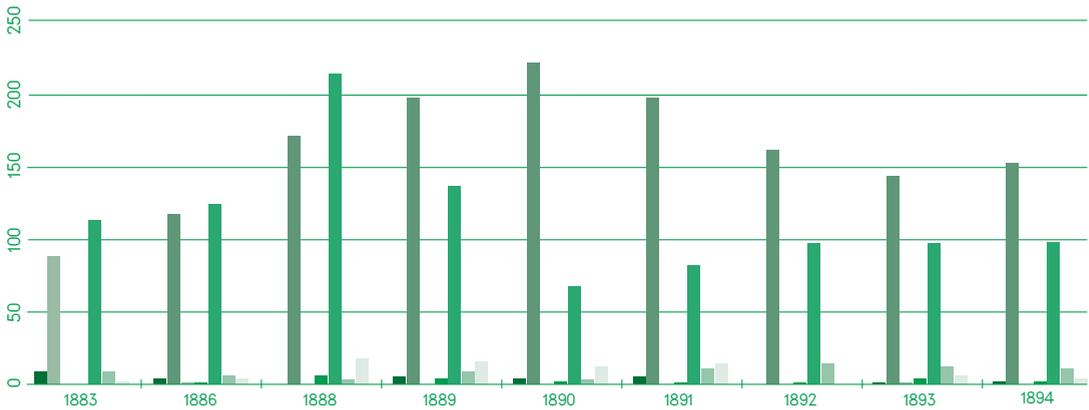


Gráfico 3
Ofício

Fonte: Livro de entrada e saída de pacientes, 1882-1897, Santa Casa da Misericórdia de Valença. Tabulação própria.

- Lavrador
- Trabalhador rural
- Mendigo
- Inválido
- Outros
- Sem informação/ilegível
- Sem ofício

de fazendas, já indicado, o pintor, o pedreiro, o padeiro, o trabalhador da estrada de ferro, a engomadeira, a cozinheira, a mucama, o farmacêutico, o policial e uma infinidade de outras ocupações. No conjunto de dados analisados, apareceu apenas um mendigo: Miguel Antonio de Souza Ramos, brasileiro, preto, viúvo, 80 anos. Entrou no dia 14 de junho de 1886, foi diagnosticado com amaurose (perda total da visão). **[Gráfico 3]**

Era também um hospital para aqueles que estavam lá de passagem. Como pode ter sido o caso do pintor francês Louis Cazé que deu entrada no hospital da Misericórdia de Valença no dia 19 de abril de 1888. Solteiro, 58 anos foi diagnosticado com reumatismo, indicou como endereço a Corte.

Alguns pacientes eram levados pela polícia – transferido da delegacia local para tratamento no hospital. Como o caso de Joaquim, escravo do sr. Pontes, cuja entrada fora requerida pelo delegado a 08 de dezembro de 1885. Tinha 60 anos, solteiro, originário da vizinha Vassouras e apresentava anemia.

Outro exemplo é o de Maria, branca, solteira, 40 anos, de Valença. Também deu entrada por solicitação do delegado. Sua doença, alcoolismo.

Os exemplos trazidos a partir da leitura do livro de Entrada de Pacientes da SCM de Valença permite perceber a dinâmica da transformação daquela sociedade em um momento chave da História do Brasil: o fim do escravismo. E como a passagem para a mão de obra livre impactou na vida de homens e mulheres egressos do cativo. São, majoritariamente estas pessoas que passam a recorrer à caridade das Misericórdias locais após 1886, e com mais nitidez após o 13 de maio de 1888.

Notas

1. Sanglard, Gisele, “Assistência na antiga província do Rio de Janeiro: contribuições para o debate acerca de sua organização (1830-1890)”, Revista de História (UNESP), 2020, no prelo.
2. Silva, Mariana Salvador da, *Quem não está na Câmara, está na Misericórdia: assistência, filantropia e sociabilidades na Santa Casa de Campos dos Goytacases (1860-1871)*, Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, 2020.
3. Franco, Renato, “O privilégio da caridade: comerciantes na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1750-1822)”, Sanglard, Gisele et al., *Filantropos da Nação: sociedade, nação e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro, Ed. FGV/FAPERJ, 2015, p. 25.
4. Franco, 2015, p. 32.
5. Franco, Renato, *Pobreza e caridade leiga – As Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa* (Doutorado em História Social), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 2011.
6. Atallah, Claudia C. Azeredo, “Conflitos, assistência e redes de poder em torno da fundação da Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes, 1786-1795”, História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, supl., dez. 2019, p.179-194.
7. Atallah, Claudia, 2019. Sobre a atuação do hospital campista, ver o capítulo de Mariana Salvador da Silva neste livro.
8. Ribeiro, Gladys Sabina et Pereira, Vantuil, “O primeiro reinado em revisão”, in Grinberg, Keila et Salles, Ricardo (orgs), *O Brasil Imperial*, vol. 1. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira; 2009, p. 137-174.
9. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-1-10-1828.htm, acessada a 06/03/2019.
10. Pimenta, Tania Salgado et Delamarque, Elisabete Vianna. “O estado da Misericórdia: assistência à saúde no Rio de Janeiro, século XIX” in Ferreira, Luiz Otavio et al, *Filantropos da Nação – sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*, Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2015, p. 39-54.
11. Sanglard, Gisele, “Assistência na antiga província do Rio de Janeiro: contribuições para o debate acerca de sua organização (1830-1890)”, Revista de História (UNESP), 2020, no prelo.
12. Schwarcz, Lília M., *As barbas do Imperador – D. Pedro II, um monarca nos trópicos*, São Paulo, Companhia das Letras, 1998.
13. COMPROMISSO da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da cidade de Valença – província do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Tipografia; 1875.
14. Raposo, Ignacio, *História de Vassouras*, Vassouras, Fundação I. de maio, 1935.
15. Livro de Atas da Irmandade de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras, 1848, sessão de 26/10/1848. Folhas 55 e 56. Centro de Documentação Histórica – Iphan Vassouras.
16. Livro de Atas da Irmandade de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras, sessão de 12/01/1851. Folha 60. Centro de Documentação Histórica – Iphan Vassouras.
17. Livro de Atas da Irmandade de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras, sessão de 06/12/1868. Folha 133 a 137. Centro de Documentação Histórica – Iphan Vassouras.
18. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Império do Brasil* para 1885, Rio de Janeiro, Laemmert & Co., 1889, p. 170.
19. *Almanak*, 1889, p. 171.
20. *Almanak do Vassourense para o ano de 1889*, 3º ano, Vassouras, Typografia do Vassourense; 1889, p. 190.
21. Proença, Anne Thereza de Almeida. *Vida de médico no interior fluminense: a trajetória de Carlos Eboli em Cantagalo e Nova Friburgo (1860-1880)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.
22. O número de leitos do hospital de Valença é calculado a partir dos números dos leitos atribuídos durante os anos de 1882 a 1893 no livro de matrículas do Hospital ao qual tivemos acesso. Já para Vassouras, me baseio no número máximo de pacientes existentes no hospital a partir dos dados da movimentação do hospital publicados mensalmente, até 1889, no jornal *O Vassourense*.
23. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Império do Brasil* para 1885, Rio de Janeiro, Laemmert & Co., 1880 e 1889.
24. Em 1883 e 1888, os escravos eram 6%; e em 1886, 4%. Número flutuante, mas sempre insignificante.
25. Padua, José Augusto, *Um sopro de destruição – pensamento político e crítica ambiental no Brasil escravista (1786-1888)*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2. ed., 2004.
26. Salles, Ricardo, *E o Vale era escravo – Vassouras, século XIX – senhores e escravos no coração do Império*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.
27. Sanglard, Gisele, “As doenças e os doentes da Misericórdia de Valença

A CRIAÇÃO E ATUAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS

(RJ, 1882-1894): imigração e pobreza” IN:
Polnia, Amélia, *Mobilidades*. 2020, no prelo.

28. Barbosa, Keith Valéria de Oliveira,
*Escravidão, saúde e doenças nas plantations
cafeiras do Vale do Paraíba Fluminense,
Cantagalo (1815-1888)*, Tese (Doutorado em
História das Ciências e da Saúde) - Casa
de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro,
2014; Proença, 2017.

29. Barbosa, 2014.; Proença, 2017.

SÍLVIA PINTO*

Impacto das Epidemias no Espaço Público Vimaranense de Oitocentos: Uma Visão Através da Imprensa Vimaranense

* Mestre em Património
e Turismo Cultural.
Universidade do Minho

Introdução

O século XIX ficou marcado pela industrialização, urbanização e em simultâneo pelo surgimento de vários surtos epidémicos em Portugal. Além das habituais epidemias como a febre amarela, varíola e peste, a Europa viu surgir pela primeira vez outras doenças, como a cólera, que rapidamente se manifestou por todo mundo. A cólera teve especial realce devido à elevada taxa de mortalidade que causou, ainda que existam autores que defendam que outras moléstias, como a febre-tifoide, escarlatina, sarampo e sobretudo tuberculose, ultrapassaram o número de mortes desta enfermidade. No entanto, a cólera destacou-se pelo medo que espalhou pelo Velho Continente, pelo maior impacto na sua divulgação, nomeadamente na imprensa, e pelas medidas sanitárias que foram tomadas pelos diferentes estados¹.

Esta epidemia, de origem asiática, apareceu em Portugal na década de 30, mais precisamente em 1832, trazida por um navio proveniente da Bélgica com soldados que iriam auxiliar as tropas liberais no cerco do Porto. A moléstia atingiu várias vezes, ao longo do século XIX, o país, ainda de que forma pouco homogênea, afetando de modo diferenciado as várias regiões. A primeira vaga, apesar de visível na região Norte, deixou-a quase ileso, ao contrário do que sucedeu no decénio de 50, quando a doença penetrou no país a partir de Espanha. No geral, as regiões fronteiriças foram em todos os períodos epidemiológicos as mais afetadas.

A centúria em questão é classificada por alguns autores como o período das epidemias, que facilmente se disseminaram por todo o território europeu devido ao desenvolvimento dos transportes. Estes facilitaram a circulação de pessoas, mercadorias

e, conseqüentemente, das pestes². São ainda apontadas como causas da propagação de doenças, durante esta centúria, as peregrinações religiosas, o desenvolvimento do capitalismo e a política de expansão colonial seguida pelos países europeus.

Guimarães também não conheceu todos os surtos de cólera da mesma forma. Na década de 30, a epidemia atingiu a cidade ainda que de forma discreta. Quando foi atacada posteriormente, já existiam relatos do modo como se poderia atenuar a sua propagação, nomeadamente através de medidas de limpeza das ruas da cidade ou até da preocupação na construção de novas infraestruturas que admittissem maiores concentrações populacionais, como por exemplo hospitais e cadeias, com melhores condições de salubridade.

A cólera mudou a forma como outras doenças passaram a ser encaradas por parte das instituições políticas. Por isso é possível referir que além das conseqüências negativas associadas ao elevado número de mortes que provocaram, as epidemias da época refletiram alguns aspetos positivos no que toca ao desenvolvimento

de estudos médicos credíveis para se perceber de que forma as doenças afetavam o organismo humano e como se poderiam evitar e tratar³. Ademais, o desenvolvimento de reformas em áreas como a saúde pública e as adaptações do espaço público das cidades tiveram um valor acrescido na fase inicial de cada um dos surtos epidemiológicos, nomeadamente da cólera. A epidemia distinguiu-se de todas as outras que tinham atingido a Europa e por isso, enquanto se desconheciam os sintomas causais, e quais os meios mais eficazes para o seu combate, a resposta higienista deteve um papel de grande importância, de forma a que melhores condições de salubridade fossem adquiridas no espaço urbano e nos respetivos edifícios públicos.

A falta de saneamento, as aglomerações populacionais, denominadas de ilhas no Porto ou pátios em Lisboa, e a falta de higiene, características das cidades portuguesas da época, estiveram entre as principais causas da propagação epidémica de enfermidades⁴. A imprensa vimaranense denunciava estas situações e exigia que reformas fossem levadas a cabo.

Apesar do acesso restrito da maioria da população portuguesa à escrita e do seu elevado nível de analfabetismo, é possível verificar que a leitura da imprensa se generalizou ao longo do século XIX⁵. A circulação de conhecimento sobre assuntos importantes da época, das mais variadas áreas, traduzia-se na leitura direta ou coletiva dos jornais em locais públicos, como tabernas e mercados ou até mesmo pelos sacerdotes nas celebrações religiosas. Estas práticas foram fundamentais em épocas de epidemias, possibilitando a divulgação de informação sobre as localidades afetadas, sobre sintomas, formas de tratamento, formas de acompanhamento das pessoas infetadas e até através da transcrição de notícias de jornais internacionais sobre a temática.

Enquadramento histórico das epidemias oitocentistas em Portugal: o caso da “Cholera morbus”

Apesar das diferentes origens, causas, sintomas e consequências para a sociedade, as epidemias que ocorreram no século XIX tiveram como ponto em comum o medo que provocaram por todo Velho Continente, e a aposta na criação de melhores condições de higiene e saúde pública como forma de prevenção. Neste período, Portugal foi atingido por vários surtos epidémicos, nomeadamente de febre-amarela, tifo, gripe, varíola, difteria e febre tifoide. Estas doenças flagelaram o país particularmente nas décadas de 30, 50 e 80 em simultâneo, no mesmo período⁶. A cólera, uma doença desconhecida, que se esquivava velozmente às profilaxias

costumeiras, fazendo-as parecer inúteis, propagava-se de forma rápida, deixando um rasto de devastação, sobretudo nos grupos sociais com baixo poder económico⁷.

Há muito conhecida na Índia, região do mundo onde era endémica, a cólera abandona o nicho indiano no século XIX, mais precisamente em 1817. Propagou-se por vários países durante seis anos e devido às proporções que tomou deixou de ser classificada como doença endémica passando a assumir um caráter epidémico⁸.

Antes da chegada da moléstia a Portugal, a epidemia marcou presença em França e na Inglaterra, em meados de 1831⁹. A partir de Portugal, a doença estende-se para Espanha, sobretudo pelas zonas de Vigo e Huelva.

A sintomatologia inicial expressava-se pelas indisposições gástricas, a língua húmida e esbranquiçada, seguidas de desidratação, febre alta, vômitos e dores abdominais. A fase posterior caracterizava-se pelo abaixamento do número de pulsações e da temperatura e já numa fase final seriam regulares os delírios e desidratação intensa. A moléstia resistia a diversos remédios e a privação de água consumia de forma rápida os doentes. O ambiente de pânico causado pela cólera favoreceu o aparecimento de charlatões que se aproveitaram da ingenuidade da população portuguesa, sobretudo da rural, para lhes impingir remédios, como os emplastros, elixires e bálsamos à base de ópio e chapas de cobre e mezinhas com as mais variadas ervas¹⁰.

A *colera morbus* chegou à Europa nos finais da década de 20. Aquando a sua chegada a Portugal, a doença propagou-se rapidamente, tendo afetado os distritos do centro do país, lavrando intensamente em Lisboa entre abril e outubro de 1833, provocando mais de 13.000 vítimas, já o Porto teve uma taxa de mortalidade menor, que rondou as 3.700 mortes¹¹. Teme-se que o balanço final tenha ultrapassado os 40.000 óbitos, valor mais elevado do que o número de mortos pela guerra civil entre 1832-1834¹².

A ocorrência de uma guerra vai impossibilitar o desempenho pleno das obrigações médicas para os doentes coléricos. Além disto, a instabilidade política da época atrasou a tomada de medidas preventivas e de tratamento da doença, por parte do governo liberal, justificando a elevada taxa de mortalidade da primeira vaga.

Apesar de ser descrito no *Relatório da epidemia da Cholera Morbus em Portugal 1855 e 1856*¹³ que o primeiro surto colérico não afetou o distrito de Braga, João Lopes de Faria, escritor vimaranense afirma, em 1833, terem sido atacadas pela *Colera morbus*, 4 mulheres, tendo nos dias anteriores sido atacadas mais algumas, o que aterrou muito a população e referir a morte da criada do corregedor e de ser mais duas mulheres e um homem infetados dias depois do primeiro relato¹⁴.

A segunda vaga de cólera atingiu o território português na década de 50. Esta pode ser dividida em três momentos: o primeiro entre 1848 e 1849; o segundo ocorreu entre 1853 e 1854, sobretudo

nas regiões do Minho, Alentejo e Algarve, como comprova o *Breve Relatório do Cholera Morbus em Portugal nos annos de 1853 e 1854*¹⁵, e o último desenvolveu-se entre 1855 e 1856, com o reaparecimento da doença nas zonas fronteiriças, vinda de Espanha e do Norte de África¹⁶. Os níveis de mortalidade causados foram visíveis no distrito de Faro e do Porto, onde grassou com intensidade no mês de agosto, já a capital foi afetada tardiamente (outubro/novembro), e de forma menos intensa.

Durante esta fase, Portugal teve a vantagem de possuir um conhecimento mais aprofundado sobre a cólera, pelo facto de ter sido dos últimos países atingidos pelo terceiro surto mundial da doença e ter experienciado os seus impactos¹⁷. Além do conhecimento teórico, de uma maneira geral, diversas cidades do país beneficiaram da tomada de medidas preventivas de forma atempada, entre elas, Guimarães, após a chegada de notícias da presença de cólera na Galiza.

Em Guimarães, em 1854, o assunto era tema de discussão na Câmara Municipal, nomeadamente as medidas sanitárias que se deviam tomar para evitar o flagelo da *cholera morbus* ou para o tornar menos intenso¹⁸. Os órgãos municipais procuraram consciencializar a população da cidade sobre a importância da higiene pública e privada e avançaram com a criação de uma comissão de socorros para prestar auxílio aos enfermos.

O segundo surto foi noticiado na imprensa vimaranense, apenas na sua fase final, mais precisamente durante 1856 através da publicação de notícias nos jornais *O Moderado* e no *Tesoura de Guimarães*, periódico caracterizado pelo seu cariz político, instrutivo e noticioso, constituiu um elemento informativo do partido Regenerador, e por isso defensor do credo liberal de Fontes Pereira Melo¹⁹.

As notícias publicadas foram em número reduzido e com informação algo vaga. A este respeito a notícia de *O Moderado*²⁰, publicada em janeiro de 1856, refere *quando ella grassou todos clamavam pelo emprego da hygiene publica, entre elles a limpeza publica (...) a cholera desapareceu, e parece que assim tudo se esqueceu (...)*. Além de se mencionar a necessidade de não serem esquecidas as medidas sanitárias, salienta-se a inexistência de casos de cólera na cidade no mês de janeiro, situação que não demorou muito tempo, devido ao retorno da doença em setembro do mesmo ano a Guimarães.

Se por um lado, em setembro o *Tesoura de Guimarães* dá a informação de que o número de casos de doentes coléricos era cada vez mais diminuto em Lisboa e na Madeira, por outro, temos conhecimento que a doença se estaria a propagar pela região Norte ainda que de forma discreta²¹. Indica o mesmo jornal que *algumas febres teem aparecido, que se tornam malignas, e outras moléstias perigosas e fataes*²².

Contemporânea da cólera, na sua segunda vaga, a febre amarela, vinda do Brasil, através de navios de comerciantes e mercadorias atingiu alguns pontos do país. Também em algumas notícias foi feito

um balanço de ambas as doenças, nas quais foi indicada a cidade do Porto como uma das regiões afetadas e referida a probabilidade da moléstia ter chegado também a Guimarães²³. O cruzamento das duas maleitas coincidiu com o período de Regeneração que tornou mais evidentes os problemas políticos e sociais da época, ainda que decorressem numa tentativa de estabilidade da Monarquia Constitucional²⁴. O período entre o fim da guerra civil e início da paz regeneradora, compreendido entre 1834 e 1856, caracterizou-se pela mudança constante de governos defensores de ideais opostos, revoltas e pela reestruturação da sociedade. Uma vez instalado o período de Regeneração, apostava-se no desenvolvimento económico do país. Verifica-se uma reformulação do espaço urbano, associada ao trabalho industrial e por consequência uma nova estrutura social, na qual se fazia notar a afirmação da classe burguesa e o surgimento da classe operária. Esta constituiu a base da sociedade portuguesa oitocentista, que na visão da burguesia seria a culpada de doenças como a sífilis ou da propagação de outras, nomeadamente a cólera, pela falta de condições de higiene privada e pública. É possível, desta forma, associar a pobreza ao surgimento de doenças ou à facilidade de propagação das mesmas²⁵.

A metodologia informativa da imprensa vimaranense muda substancialmente aquando de um novo surto ocorrido em 1865. Mais uma vez é notório o pavor da população vimaranense relativamente à doença, como se pode constatar através da notícia publicada no jornal *Religião e Pátria*²⁶, em agosto de 1865, onde se afirmava apesar de em Guimarães ainda não existirem casos de cólera, a população deveria aliar-se aos momentos de reza para que a misericórdia divina a evitasse²⁷.

A chegada da cólera a Portugal não tardou, e foi confirmada mais uma vez pelo jornal *Religião e Pátria* que noticia o momento em outubro de 1865. Segundo a notícia, Elvas foi a primeira cidade afetada pelo “terrível hospede”. A melhoria das condições de higiene implementadas em todo o país, pelo Conselho Nacional de Saúde, é descrita na mesma publicação, existindo a crença de que fariam com que o flagelo terminasse ou pelo menos diminuísse a sua proporção. Também se apelou à limpeza e remoção dos vários focos de infeção existentes em Guimarães²⁸. Para a década de sessenta não existe qualquer indicação da existência da doença na cidade.

Seguem-se ainda outras invasões da cólera, de maior ou menor dimensão, nas décadas de 80 e de 90 do século XIX. Embora sem provocar vítimas na população vimaranense, a cólera foi tema presente na cidade. Por exemplo, em 1885, verificou-se a formação de uma comissão de socorros e a organização de procissões religiosas, fazendo preces para que a doença não afetasse a cidade²⁹.

Medidas de saúde pública tomadas em contexto dos surtos coléricos: Mudanças no espaço público vimaranense

A chegada da cólera à Europa alterou, de forma significativa, a maneira como o poder político encarava as doenças contagiosas. Portugal não foi exceção, e como resultado as entidades administrativas do país organizaram um conjunto de reformas sociais e desenvolveram diretrizes de mudança na área da saúde pública³⁰.

O principal foco estaria na proteção da população face ao conjunto de epidemias que se desenvolveram durante a centúria de oitocentos por todo o continente europeu³¹.

Entretanto, desenvolvem-se trabalhos na área da epidemiologia, como os de John Snow, que faziam referência à falta de condições de saneamento como causa do aparecimento de algumas doenças, situação que se agravava nos grandes meios urbanos. A insalubridade era uma das principais características das cidades portuguesas, e Guimarães apresentava o mesmo panorama. Apesar da homogeneidade dos concelhos portugueses face a este assunto, as medidas tomadas no dealbar do século adaptaram-se às circunstâncias de cada concelho, apesar das diretrizes do Conselho de Saúde Pública³², que regia medidas gerais relacionadas com a criação de condições de higiene pública e privada no país. Além disto, Portugal, com objetivo de diminuir o número de infetados e de mortes face aos surtos epidémicos, possibilitando o melhor ajuste da metodologia de tratamento das epidemias e as medidas de higiene sanitária a tomar, foi um dos primeiros países europeus a mostrar vontade de participar nas Conferências Sanitárias Internacionais³³.

A nível local, aquando do primeiro surto colérico, que se desenvolveu entre 1833 e 1836, procurava-se consciencializar a população para a necessidade de limpeza dos espaços públicos; a fiscalização de locais de venda de bens alimentares e até os cuidados a ter com o enterramento de cadáveres. A Câmara Municipal de Guimarães teria já aberto a discussão sobre a necessidade da construção de um cemitério (na zona da Atouguia), *“pondo-se assim termo ao uso prejudicial por tantos motivos de interrar os cadáveres nas Igrejas, que até pela maior parte são pouco arejadas”*³⁴. Na época acreditava-se que epidemias, como a cólera, poderiam ser propagadas através da exalação de gases pestilentos. Assim, os enterros dentro de templos poderiam constituir um perigo para a saúde, devido à decomposição da matéria orgânica proveniente dos cadáveres. Para isto contribuiu também a exaustão da ocupação dos solos das igrejas e a forma deficiente como alguns enterros eram feitos³⁵. A solução passou pela construção de cemitérios

afastados dos núcleos habitacionais da cidade, para que o contacto entre os vivos e os mortos fosse o menor possível³⁶.

Na reunião camarária de 13 de dezembro de 1834, referiu-se a necessidade da construção de uma cadeia segura, limpa e arejada, *vendendo imundas e asquerosas as prisões que existem nesta considerável villa*³⁷. O liberalismo vai procurar promover a criação de condições económicas e sociais para os mais carenciados. Dentro desta categoria estariam os presos, que além de verem como garantido, pelas entidades locais, judiciais e administrativas, o sustento alimentar, também a reunião de condições de higiene através da melhoria dos edifícios prisionais, faria parte das prioridades notadas a partir da década de 30 do século XIX³⁸.

A transmissão da cólera através do ar, conhecida como a teoria dos miasmas, defendia a propagação da doença através da inalação de miasmas resultantes da libertação de gases de matérias orgânicas em decomposição que se misturariam com o ar. Uma vez inalado, o miasma agiria sobre o sangue afetando o equilíbrio do organismo humano³⁹. Como forma de prevenção, usavam-se métodos de purificação do ar através da queima de ervas aromáticas. Na obra do autor vimaranense João Lopes de Faria descreve-se, em maio de 1833, a entrada de um grande número de carros com pinhas, ramos de loureiro e alecrim, a pedido dos juizes almotacés⁴⁰. As ervas aromáticas foram distribuídas pela população de Guimarães para que fossem feitas fogueiras durante a noite, à porta das casas. Esta e outras medidas, como a limpeza das ruas, foram tomadas em consequência do desenvolvimento da cólera em Lisboa⁴¹.

O decénio de 30 caracteriza-se pelas providências sanitárias implementadas pela Câmara Municipal de Guimarães. Além das descritas anteriormente, referentes à criação de condições higiénicas nos edifícios públicos, elaborou-se um edital onde foram descritas medidas obrigatórias para a população da cidade. A limpeza dos terrenos habitacionais era indispensável, assim como dos quintais, de forma a eliminar todos os tipos de imundice, e por estas entenda-se fertilizantes naturais de efeitos agrícolas ou substâncias corruptas que pudessem produzir exalações insalubres. Os locais de venda de produtos alimentícios, como açougues, peixarias, padarias e locais de venda de produtos hortícolas, foram também alvo de inspeção que estabelecia parâmetros de cumprimento obrigatório, como a limpeza dos locais de corte de carnes e peixes e a avaliação da qualidade dos alimentos, como seria o caso da farinha para o fabrico do pão.⁴² A prática de despejos de água pela janela era frequente na centúria, e também estes ou quaisquer outros despejos, foram estritamente proibidos na mesma reunião camarária⁴³.

Numa fase em que a medicina estava longe de acompanhar a velocidade com que a cólera atingia as populações, as medidas de higiene pública mostraram-se como um antídoto que ao longo dos anos diminuiu a capacidade de propagação dos mesmos.

Medidas para manter a salubridade da cidade foram discutidas nas reuniões da Câmara Municipal, aquando do segundo surto colérico. Em janeiro de 1854 era notória a necessidade de modificação do espaço público vimaranense através da adaptação de edifícios para a formação de um hospital para doentes coléricos. Foram escolhidas duas casas da Rua Escura (atual Rua Gravador Molarinho, junto da Praça de Santiago), *por se não acharem ocupadas por seus donnos e quase devolutas*⁴⁴. Foi também constituída uma comissão de socorros para os coléricos, para a promoção de medidas sanitárias necessárias, de caráter urgente. De referir que estas providências foram tomadas para evitar a ocorrência de um novo surto de cólera na cidade, ou pelo menos para o tornar menos intenso. Em junho de 1855, é novamente discutida a necessidade da criação de um hospital para coléricos nos terrenos da Santa Casa da Misericórdia e para isto foram convocados os Provedores da Santa Casa e da Ordem Terceira de São Francisco e o Prior da Ordem Terceira de São Domingos⁴⁵.

Além da adaptação de edifícios para os que padeciam de cólera, Guimarães também necessitava de espaços para as vítimas mortais da doença. Esta necessidade foi mostrada pelo Administrador do Concelho e pelo Provedor da Santa Casa da Misericórdia, pois o cemitério do hospital além de ser pequeno, já não tinha mais espaço para sepultar os mortos, classificando *o ano de muita gravidade devido do flagello da cholera morbus que desgraçadamente se achava nesta cidade*⁴⁶. Se a segunda vaga de cólera em Portugal se desenvolveu entre 1854 e 1856, para Guimarães apenas a partir de setembro de 1855 existem referências sobre a propagação da doença.

O ano de 1855, mais precisamente o período entre os meses de julho e setembro, constituiu uma das piores fases da cólera em Guimarães. É notório o cuidado, devido à chegada da doença à cidade do Porto, em agir de forma eficaz no seu combate. Além das modificações de infraestruturas, foram novamente discutidas providências para a limpeza da cidade que seriam adicionadas ao Código Municipal de Posturas. As medidas em questão estavam essencialmente ligadas a cuidados de limpeza a ter com as habitações: era obrigatória a lavagem e caiação das habitações pelo menos três vezes no ano; era proibida a existência de estrumeiras que ultrapassassem os quinze dias e a conservação de porcos nas casas. As medidas tinham caráter obrigatório, caso contrário a população poderia submeter-se ao pagamento de multas⁴⁷.

As diligências sanitárias estão dentro das matérias mais debatidas na imprensa vimaranense, com o objetivo de educar a população na área da higiene pública. Sobre o assunto foi publicada uma notícia no jornal *O Moderado*, em janeiro de 1856, indicando a tomada de deliberações sobre limpeza pública, dando destaque ao problema das latrinas do hospital da cidade. O mau estado das mesmas é indicado como um problema de saúde pública para os profissionais, assim como para a vizinhança do local, devido ao seu cheiro pestífero que

se fazia sentir. É ainda pedida a resolução deste problema junto das entidades competentes⁴⁸.

Para o decénio de oitenta, existe a indicação, em 5 de agosto de 1885, nos manuscritos do escritor vimaranense João Lopes de Faria, da criação de um hospital para coléricos em Guimarães, na zona da Atouguia, que não chegou a ser usado⁴⁹.

Ao longo dos vários surtos de cólera durante o século XIX, a doença não atingiu Guimarães de forma a causar danos elevados, como o aumento da taxa de mortalidade. Porém, as entidades competentes, sobretudo a Câmara Municipal, mostraram desde o primeiro surto especial atenção na tomada de providências, que visaram a criação de melhores condições higiénicas nos espaços públicos da cidade.

Conclusão

A prevenção e combate da cólera passaram pelo controlo das zonas fronteiriças, marítimas e terrestres, medida justificada devido à chegada da doença através de embarcações e pelo facto da vizinha Espanha ter sido atacada várias vezes pela doença. O controlo eficaz da circulação de pessoas e mercadorias não era tarefa fácil e foi constantemente referido pelas autoridades competentes. Assim, por exemplo, a implementação de cordões sanitários e lazaretos, além do fator humano, exigia elevados custos económicos, pois era a alocação de militares que assegurassem o bom funcionamento dos mesmos.

A centúria oitocentista destaca-se por progressos na área da saúde pública, como consequência do desenvolvimento de vários surtos epidémicos. Isto traduziu-se num conjunto de descobertas que foram fundamentais para o combate às doenças. Por influência deste progresso, os governos dos países deixaram de se focar apenas na tomada de medidas que englobavam a organização de cordões sanitários, lazaretos e quarentenas, e passaram a valorizar também o indivíduo, através da aposta na prevenção e consciencialização da população.

A política de saúde em Portugal assumiu carácter quase autónomo entre os concelhos. Às entidades camarárias competia cuidar da limpeza dos espaços públicos e da qualidade das águas, por exemplo, enquanto as misericórdias sobressaíam pelo seu papel na assistência hospitalar, existindo ainda na época o cuidado para a formação de comissões de socorros para o apoio da população mais carenciada.

Assim, é possível afirmar que o surgimento de surtos de cólera conduziu a nível nacional, à implementação de medidas sanitárias que atuaram de forma dupla: por um lado pretendia-se afastar e combater os surtos coléricos, e por outro educar e consciencializar a população, sobretudo as classes mais pobres, para a importância

da higiene pública e privada. Como anteriormente referido, a cólera foi um mal de reduzido impacto para a população vimaranense, mas apesar disso, foi notória, desde a ocorrência do primeiro surto, a preocupação da Câmara Municipal na tomada de medidas sanitárias que visavam a limpeza e inspeção dos espaços públicos. Além destas, a adaptação de infraestruturas para o combate à doença, estaria a lista de prioridades da entidade camarária, notada através da criação de hospitais para coléricos e de cemitérios fora do centro da cidade, mantendo os focos de doença longe da população saudável.

Notas

1. Cascão, Rui, “O crescimento demográfico- ritmos e factores”, in Mattoso, José, *A História de Portugal – o Liberalismo (1807–1890)*, vol. V, Lisboa, Editorial Estampa, 1998, p. 370.
2. Segundo Rui Cascão existiam na época, profissões de alto risco para a propagação das moléstias, entre elas: soldados, marinheiros, feirantes, barqueiros, mendigos e todo o tipo de viajantes e de indivíduos que andavam a deambular entre territórios distintos. Leia-se “O crescimento demográfico- ritmos e factores”, in Mattoso, José, *A História de Portugal- o Liberalismo (1807–1890)*, vol. V, Lisboa, Editorial Estampa, 1998, pp. 371.
3. Esteves, Alexandra, “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”, in Hernández Borge, Julio; González Lopo, Domingo (Ed.), *Antiguos e nuevos desafios*, Santiago de Compostela, Alvarellos Editora, 2017, p. 188.
4. As autoridades e elites cultas viram neste tipo de núcleo habitacional, o seu caráter patológico, focos de infeção que ameaçavam contaminar todo o espaço urbano. Refletem-se sobretudo num quadro socio-histórico que refletia o reverso das cidades industriais. Leia-se Pereira, Gaspar Martins, “Casa e família. As “ilhas” no Porto em finais do século XIX”, in *Revista População e Sociedade*, nº2, Porto, 1996, p.162.
5. Veja-se Almeida, Maria Antónia, “A epidemia de cólera de 1853–1856 na imprensa portuguesa”, in: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, n.4, Rio de Janeiro, 2011, p.1059.
6. Consulte-se Esteves, Alexandra, “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”..., p. 186
7. Sobre o assunto analise-se Garnel, Maria Rita, “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”, in *Revista História da Sociedade e da Cultura*, nº9, Coimbra, 2009, p. 234;
8. A sua etimologia resulta das palavras latina *morbus* que significa efemeridade e do grego *chole* que se refere à biliar, ou seja, efemeridade da biliar. É uma infeção intestinal aguda causada pela ingestão da bactéria *Vibrio cholerae*, presente em águas e alimentos contaminados por fezes fecais transmitindo-se pelos mesmos meios e entre pessoas infetadas. O agente bacteriológico foi descoberto em 1883 por Robert Koch. O médico completou a sua investigação verificando o papel que desempenha no intestino e o ciclo vital do bacilo na água, como meio transmissor.
9. Sobre o assunto leia-se Valdéz, Laura, “Cólera historia y actualidad”, in *Revista Ciencias Médicas*, 15 (4), pp. 281–282.
10. O número de vítimas mortais da cólera, ao longo do século XIX, foi de cerca de 130.000. Estando o país no centro da Revolução Industrial e as condições de insalubridade por ela provocados um dos principais fatores para a sua rápida propagação justifica o elevado número de vítimas em Inglaterra. Leia-se Penón, Javier Alquézar, “El Cólera de 1885 en España y la comarca Andorra- Sierra de Arcos”, in *Revista Andorra*, nº 6, 2007, p. 168.
11. Veja-se Cascão, Rui, “O crescimento demográfico- ritmos e factores”, in Mattoso, José, *A História de Portugal- o Liberalismo (1807–1890)*..., p. 373.
12. Leia-se Cascão, Rui, “O crescimento demográfico- ritmos e factores”, in Mattoso, José, *A História de Portugal – o Liberalismo (1807–1890)*..., p. 371.
13. Almeida, Maria Antónia Pires de “O Porto e as epidemias: saúde e higiene na imprensa diária em períodos de crise sanitária, 1854–56, 1899 e 1918”, in *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, vol. 12, 2012, p.380.
14. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatório da Cholera Morbus em Portugal nos annos 1855 e 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858, p. 242.
15. Faria, João Lopes, “Efemérides vimaranenses”, manuscrito da Biblioteca da Sociedade Martins Sarmento, vol. II, agosto de 1833, p. 152 v e 170v.
16. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Adiamentos e Observações ao Breve Relatório do Cholera-Morbus nos annos de 1853–1854*, Lisboa, Tipografia Universal, 1855, pp.6–20.
17. Justifica-se o desenvolvimento de um conjunto de medidas de controlo e de restrições de entradas no território português tanto por via terrestre como marítima. No entanto, a imposição de cordões sanitários mostrou-se uma tarefa difícil, devido à resistência das populações, pois este implicava para muitos serem retirados dos seus trabalhos agrícolas, para vigiarem a fronteira. Leia-se Esteves, Alexandra, “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”..., p. 215.
18. A nível mundial foram delimitadas cinco vagas de disseminação epidémica da cólera. A primeira ocorreu entre 1817

Notas

e 1823, alastrando-se sobretudo na Ásia, o segundo surto ocorre entre 1826 e 1837, novamente com origem na Índia e atinge pela primeira vez a Europa. O terceiro surto mundial, ocorre no decénio de cinquenta e refere-se à segunda vaga da doença em Portugal, o quarto desenvolveu-se entre 1864-1875 e o último entre 1883 a 1996. Sobre o assunto leia-se Pita, André, *A cólera em Lisboa (1835 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 2017. Tese de mestrado policopiada, pp. 25-27 e pp. 60-63.

18. Arquivo Municipal Alfredo Pimenta (doravante AMAP), *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 5 de janeiro de 1854, fl.5.

19. A sua coleção encontra-se depositada na Biblioteca da Sociedade Martins Sarmento. Confirme-se Pinto, Sílvia, *A dimensão cultural e patrimonial da Sociedade Martins Sarmento (Guimarães) analisada a partir da imprensa local vimaranense*, Braga, Universidade do Minho, 2017. Tese de Mestrado policopiada, p.55.

20. Hemeroteca da Sociedade Martins Sarmento (doravante HSMS), *O Moderado*, 5 de janeiro de 1856, nº230, p.2.

21. HSMS, *Tesoura de Guimarães*, 5 de setembro 1856, nº2, p.2.

22. HSMS, *Tesoura de Guimarães*, 2 de setembro de 1856, nº1, p.2.

23. HSMS, *Tesoura de Guimarães*, 5 de setembro de 1856, nº2, p.2.

24. Silva, Júlio Joaquim da Costa R., “O imaginário social das epidemias em Portugal do século XIX”, in *Revista Lusitana. História*, vol.4, n.1, 2004, p.100.

25. Esteves, Alexandra, “A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”, in Esteves, A. et all. (Coord.). *Políticas sociais em perspetiva: estudos em debate*. Braga, 2017, Lab2PT, p.146.

26. O jornal *Religião e Pátria* teve a maior periodicidade de publicação em todo o século XIX e por isso notara-se a mudança na tipologia de notícias publicadas comparadas com as das décadas anteriores. Caraterizam-se pela coerência e consistência da informação dada, para o caso em específico da cólera, especificando sobretudo as necessidades da tomada de medidas sanitárias. Sobre o enquadramento da imprensa vimaranense no século XIX leia-se Pinto, Sílvia, “A dimensão cultural e patrimonial

da Sociedade Martins Sarmento (Guimarães)”... pp. 55-57.

27. HSMS, *Religião e Pátria*, “O Cholera”, 26 de agosto de 1865, nº32, 5.º serie, p.1.

28. HSMS, *Religião e Pátria*, “Cholera Morbus”, 25 de outubro de 1865, n.º 47, p.1.

29. Faria, João Lopes, “Efemérides vimaranenses”, Sociedade Martins Sarmento, vol. II, agosto de 1885, 119 v; fl. 136 e fl.141.

30. As grandes reformas na saúde do Portugal oitocentista são levadas a cabo por Passos Manuel. Defendia que sem descurar a cura, a prioridade se centraria e na prevenção de doenças e por isso, em 1837 é aprovado um novo regulamento de saúde pública e criado o Conselho de Saúde Pública. No entanto, estas inovações são de pouca duração, sendo reformuladas em 1844 e posteriormente em 1868, quando foi extinto o Conselho de Saúde Pública, dando lugar à Junta Consultiva de Saúde Pública, que abrangia diversas áreas desde o controlo de surtos epidémicos à inspeção de condições de higiene em locais públicos como hospitais, cadeias e indústrias. Veja-se Pita, André, *A cólera em Lisboa (1835 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares...*, pp. 36-38.

31. A Inglaterra teve um papel pioneiro na tomada de medidas de higiene pública devido às mudanças vividas na cidade em consequência da Revolução Industrial e dos transportes. Com esta o surgimento de problemas sociais associados ao trabalho urbano foram visíveis. Entre eles estiveram o, alcoolismo, prostituição, violência doméstica e claro êxodo maciço para centros urbanos, que resultou nas más condições públicas e insalubridade notadas sobretudo na cidade de Londres, o maior centro urbano europeu de oitocentos. Acerca desta matéria veja-se Esteves, Alexandra, “A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”...p.146. Sobre o assunto leia-se ainda Davenport, Romola Jane, Satchell, Max & Shaw-Taylor, Leigh Matthew William, “Cholera as “sanitary test” of British cities, 1831-1866”, in *The History of the Family*, vol. 24, nº. 2, 2019, p. 407.

32. Constituída por três médicos, um cirurgião, um boticário, nomeados pelo Rei e que passaria a constituir uma autoridade central de saúde. Sobre o tema veja-se Alves, Jorge, “Legislação sanitária e tensão social: a revolta da “Maria da Fonte”

IMPACTO DAS EPIDEMIAS NO ESPAÇO PÚBLICO

(Portugal, 1846)", in Dillmann, Mauro e Ripe, Fernando (Coords), *Cuidados com o corpo e a alma na Luso-América dos séculos XVI a XIX*, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2019, p. 118.

33. Sobre o tema veja-se Garnel, Maria Rita, "Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)", in *Revista História da Sociedade e da Cultura*, n.º 9, Coimbra, 2009, pp. 229-251.

34. AMAP, Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães, 1834-1836, sessão de 13 de dezembro de 1834, fl.88.

35. Leia-se André, Paula, "Modos de pensar e construir os cemitérios públicos oitocentistas em Lisboa: o caso do Cemitério dos Prazeres", in *Revista do INA*, N.º2, 2006, p. 75. A autora identifica o processo como o flagelo da morte doente, ou do cadáver inficionado, gerador de outras mortes.

36. Estas e outras diligências foram oficializadas com o governo de Costa Cabral em 1844. Reformulou a estrutura da Repartição de Saúde Pública, existindo órgãos para a inspeção das condições de higiene nos distritos, concelhos e paróquias. Procurava assim estabelecer modelos de atestados mortuários, de bilhetes de enterramento e de mapas necrológicos com o objetivo de fiscalizar e promover a aplicação de leis de saúde. Veja-se Alves, Jorge, "Legislação sanitária e tensão social: a revolta da "Maria da Fonte"....", p. 124.

37. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1834-1836, sessão de 13 de dezembro de 1834, fl.88.

38. Leia-se Pita, André, *A cólera em Lisboa (1853 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares....*, p.18.

39. Pita, André, *A cólera em Lisboa (1853 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, pp.21-22.

40. Os almotacés tinham funções que nos permitem inseri-las na área da saúde pública, fiscalizando a venda de géneros alimentícios, dos matadouros, açougues, assim como a limpeza dos espaços públicos. Sobre a temática leia-se Esteves, Alexandra, Esteves, Alexandra, "A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo"...., p. 148.

41. Faria, João Lopes, *Efemérides vimaranenses*, Sociedade Martins Sarmento, vol. II, 12 de maio de 1833, fl.138.

42. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1834-1836, sessão de 13 de dezembro de 1834, 90 v.-fl.91.

43. Sobre os assuntos dos despejos águas leia-se Flores, António de Quadros, *Guimarães na última quadra do romantismo. Memórias 1888-1926*, Guimarães, Livraria Lemos, 1959, p. 187.

44. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 5 de janeiro de 1854, fl.5.

45. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 27 de junho de 1855, fl.154.

46. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 27 de setembro de 1855, 173v.-174 fl.

47. AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 19 de julho de 1855, 173v.-174 fl.

48. HSMS, *O Moderado*, "Estado de limpeza na cidade", 5 de janeiro de 1856, nº230, p.2.

49. Faria, João Lopes, *Efemérides vimaranenses*, Sociedade Martins Sarmento, vol. II, 5 de agosto de 1855, 119 v.

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO*

Visibilidades da Presença Portuguesa no Hospital da Misericórdia de Porto Alegre/RS–Brasil (1803–1857)

* Doutora em História
do Brasil, Especialista
em História do Rio
Grande do Sul,
Professora aposentada,
Coordenadora do
Arquivo do Centro
Histórico-Cultural Santa
Casa de Porto Alegre,
Membro do Instituto
Histórico e Geográfico
do Rio Grande do Sul

O século XVIII inaugurou a colonização do Rio Grande do Sul. Nas povoações da Capitania, que iam se formando em meio aos conflitos intermitentes entre as duas coroas ibéricas no Cone Sul da América Meridional, o cuidado com a saúde e o trato das doenças eram empíricos. Como comandância militar, a medicina praticada era para acudir os servidores portugueses em defesa territorial, não faltando cirurgiões, ainda que raros, para tratamento dos feridos, que praticavam amputações e curativos nos combatentes. Os improvisados “hospitais de campanha”, limitados e precários, em meio a uma medicina de socorro foram poucos. Um deles foi instalado em Rio Grande, o primeiro povoado oficial, situado à margem do Atlântico, bem próximo ao Uruguai. Depois deste criado em 1737, sabe-se de outros dois localizados, um em Rio Pardo e outro em Porto Alegre, ambos também do século XVIII. Nos “hospitais militares” em deslocamentos, conforme a atuação das tropas, havia apenas um cirurgião¹ que contava com os préstimos de um ajudante e de um ou dois serventes, e, quando muito, de um enfermeiro. Mas eles não podiam prestar atendimento aos civis, conforme edital expedido pelo Provedor e Contador da Fazenda Real em 1750. A população adoecida devia se tratar em casa, pagando o atendimento aos cirurgiões e sangradores, que pelos preços abusivos, em 1781, medidas oficiais foram tomadas para limitar os valores cobrados a domicílio.²

Na Capitania, o cuidado com a saúde e o tratamento das doenças, no final do século XVIII e início do XIX, seguia empírico. Em Porto Alegre tem-se notícia, por cronistas, da atuação de benfeitores dos necessitados. José Antônio da Silva (conhecido como Nabos a Doze), um açoriano da ilha do Faial, e depois a sua vizinha de porta, “Ângela Reiuna”, uma negra liberta – ambos moradores na Rua dos Pecados Mortais (área de prostituição) – acudiam especialmente marinheiros doentes que chegassem ao porto, albergando-os em suas casas. Tem-se conhecimento, também, de outro português dos Açores, Antônio José da Silva Flores, que em parceria com Luiz Antônio da Silva (filho de Nabos a Doze) abriu uma enfermaria atendida por esmolas recolhidas junto à população. Assim era prestado socorro aos pobres doentes do povoado em crescimento. Mas o cenário mudou, ingressando os anos 1800.

Eis que em 1801, finalmente, através do Tratado de Badajós, o Rio Grande do Sul (RS) foi incorporado ao domínio português, configurando o território brasileiro com cenário continental. Na sua capital, em 1803, foi então criado o primeiro hospital – o da Misericórdia de Porto Alegre. A iniciativa foi de outro descendente de pais açorianos, do Faial, que se instalaram no século XVIII, em Desterro, atual Florianópolis, capital de Santa Catarina. Joaquim Francisco do Livramento³ era um ermitão que pregava a caridade em defesa dos desvalidos, trazendo em sua bagagem de benemerência a criação de algumas instituições de saúde, não

só nas capitanias do sul, como em outras do centro do Brasil. Em 1802, os vereadores de Porto Alegre lhe fizeram procurador junto à Corte, em Lisboa. Dentre os que subscreveram o documento está o Juiz Ordinário Antonio José Martins Bastos, português nascido em Braga, que exerceu várias vezes as funções de Juiz Ordinário e de Vereador de Porto Alegre. Com expensas próprias, o Irmão Joaquim⁴ foi a Lisboa, obtendo do Príncipe Regente a certeza da criação de duas Santas Casas: uma para a sua ilha – Desterro – e outra para Porto Alegre, onde estivera algumas vezes para conferir a sua situação e entabular encaminhamentos com os vereadores para a obtenção de uma Santa Casa. Em maio de 1803, o pedido foi deferido por Dom João, através da intermediação do ministro Visconde de Anadia, recebendo a Câmara o real aviso em 19 de outubro do mesmo ano, data consagrada da criação do primeiro hospital do Rio Grande do Sul.

Ainda em 1802, o terreno para a sua construção foi concedido pelo Governador da Capitania, um engenheiro português, o Brigadeiro Francisco João Rocio. Ele mesmo fez “o risco” para o prédio, aplicando-lhe características da engenharia e arquitetura portuguesa, cuja construção foi iniciada em 1804. Deveria a novel instituição de saúde ser mantida com esmolas do povo, e o seu primeiro Provedor, eleito quatro dias depois de lavrada a ata da fundação, em 23 de outubro, o então Governador, Chefe de Esquadra, Paulo José da Silva Gama, dar amparo e proteger a obra pia em estruturação. É compreensível, como destaca o historiador Sérgio da Costa Franco,⁵ que: “sob o absolutismo lusitano, nenhuma iniciativa frutificava se não contasse com o bafejo oficial. E ninguém avultava mais, em termos de poder e de prestígio social, que os governadores militares da Capitania.”

Mas, dois anos depois de iniciada a construção, com a morte do engenheiro, em 1806, e a perda da planta, a obra estacionou por alguns anos. Somente em 1814, é que foi, enfim, criada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com a missão de retomar a edificação do hospital, tendo ao lado uma capela,⁶ que recebeu no ano seguinte a imagem do Senhor dos Passos, vinda da Igreja Matriz da Vila. Portanto, foi com a atuação da Irmandade que, de fato, iniciou a trajetória institucional.

“Em 24/01/1814, conforme o livro 1º de Atas da Mesa da Santa Casa, o tesoureiro, o capitão-mor José Francisco da Silveira Casado,⁷ e João Coelho Neves, procurador das obras do Hospital, oficiaram ao Presidente da Província para que se elegeisse a Mesa Administrativa da Santa Casa, *segundo as normas da Irmandade de Lisboa*, com meios de propiciar a edificação do hospital e a construção da capela ou igreja.”⁸

É visível, na leitura das atas da Mesa Administrativa, o intento de terminar a construção das primeiras enfermarias, para que a

Misericórdia pudesse cumprir o exercício dos seus proveres à população. Assim, em sessão de 18 de dezembro de 1821, a Mesa registrou sua decisão de arrecadar fundos para dar condições de acelerar o estado da obra.

“[...] É bom que se peça a cada um dos fazendeiros desta Província uma esmola, aquela que for da vontade de cada um para o estabelecimento de um fundo capaz de suportar as despesas que o Hospital tem de fazer no curativo dos enfermos. Por este motivo se façam Cartas Circulares para serem firmadas pelo mesmo Provedor ao Governador pelos ardentes desejos que tem de promover em tempo de seu governo um acolhimento de tanta caridade.”⁹

Ainda que autorizado o funcionamento do hospital e suas obras aceleradas, e que a Irmandade tenha sido constituída, somente confirmou-se o ato da criação da Santa Casa de Porto Alegre pela resolução da Mesa do Desembargo do Paço, em 29 de maio de 1822.¹⁰ Enfim, estava legitimado, oficialmente, o nascimento da Instituição, com o aval de Sua Majestade Imperial, D. Pedro I (para os brasileiros) – D. Pedro IV (para os portugueses).

Nos anos seguintes, os provedores em exercício com seus Irmãos colaboradores conseguiram aprontar as duas primeiras enfermarias, inauguradas pelo Visconde de São Leopoldo em 1º de janeiro de 1826, quando ingressou em suas dependências com um paciente nos braços, publicizando o início dos seus serviços aos pobres enfermos.

Por essa ocasião, a Misericórdia de Porto Alegre recebeu um Compromisso da congênere portuguesa de Lisboa, datado de 1818, que passou a vigorar, dando o norte para sua organização e atuação, constituindo-se no regulamento que a regrou e a dirigiu até 1857.

O Hospital em sua primeira fase: a representação portuguesa

Charles Boxer chama a atenção sobre o conteúdo de classe e das relações de poder na composição social dos membros das Irmandades das Santas Casas. Diz ele:

“Quem não está na Câmara está na Misericórdia, dizia o provérbio alentejano, e isso valia para as duas instituições no ultramar. O ditado equivalente na “Goa Dourada” [...] era que quem queria viver bem, à larga e com liberalidade, devia tentar se tornar vereador no conselho municipal ou então irmão na Misericórdia – ou, de preferência, ambos.”¹¹

Nesse sentido, a orientação para o ingresso de Irmãos, conforme o Compromisso recebido foi:

“Conformando-se esta Mesa à lei de 18 de outubro de 1806 que todas as Casas da Misericórdia das cidades e vilas destes Reinos, e seus domínios se regulem pelo compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa no que for acomodado ao Estado de suas rendas, e natureza da aplicação de seus bens, e mais circunstâncias dignas de atenção para cujo fim se pede, digo se devem granjear Irmãos para exercerem a Caridade e dela fazerem uso nesta Congregação da Misericórdia e, por isso, o nosso Irmão Escrivão tomará nota do Capítulo primeiro do mesmo compromisso, para se regular no que foi conducente à entrada dos Irmãos da Misericórdia e *esta Mesa tem resolvido aceitar só o número de duzentos Irmãos pela extensão que ocupam os habitantes desta Província.* [...]”¹²

A princípio, a admissão de 200 Irmãos na Santa Casa de Porto Alegre, dando corpo à Instituição para propiciar as condições de cumprimento de sua missão, seguia a recomendação da Misericórdia de Lisboa. Os membros da Mesa reconheciam, entretanto, que dentre os nomes selecionados poderiam ser chamados não só os de grande fortuna, mas também os de camada média, com menos recursos, mas todos voltados para acudir a Instituição nas suas necessidades. Até porque não haveria na população um número de afortunados que chegasse àquele número, na Província, em meados do século XIX.

A presença de lideranças lusas e a vigência de ditames portugueses norteando o funcionamento da Santa Casa em Porto Alegre sinalizam a identidade da primeira fase da sua trajetória, balizada entre 1803 e 1857. Porque esses anos como limites? Porque justamente indica o período que vai da criação – marcadamente de identidade lusa – como já demonstrado – até o fim da vigência do Compromisso de Lisboa na Instituição, em 1857, quando a Santa Casa da capital ganhou o seu primeiro Compromisso, orientado pela Irmandade local. Entretanto, o novo Compromisso mantinha os princípios básicos da orientação lusa, adaptados à realidade vigente em Porto Alegre e na Província, sem prescindir das responsabilidades herdadas da germinal Santa Casa portuguesa, amparando: os pobres doentes; as crianças expostas na sua roda; os anciãos pobres; os alienados mentais; os mortos desvalidos; os presos; os militares; os imigrantes europeus, antes de se deslocarem para as colônias e os escravos; enfim, os necessitados. E todos esses proveres, a Instituição acudiu. E por ser o único hospital existente na capital,¹³ até 1854, ele acolhia, também, os outros segmentos sociais.

Éverton Quevedo¹⁴ afirma que entre os anos de 1850 e 1859, o Brasil viveu um ciclo de crescimento do fluxo imigratório

português importante. E o Rio Grande do Sul recebeu, então, muitos lusos, que aliados aos tantos que se encontravam na capital, animaram a criação de uma Sociedade de Beneficência Portuguesa em Porto Alegre.

De acordo com o Relatório da Provedoria, apresentado em 1º de janeiro de 1856, havia na Santa Casa cinco enfermarias, todas sempre ocupadas: “a 1ª, dos homens, inclusive as praças do Corpo Policial; a 2ª, das mulheres; a 3ª, dos menores do Arsenal de Guerra; a 4ª, dos sócios da Sociedade Portuguesa de Beneficência; e a 5ª, dos presos civis pobres.”¹⁵ Já desde 1853, portugueses e seus descendentes começaram a se organizar para criar uma sociedade que os amparasse. Enquanto não se concretizou o intento da criação do seu hospital, foi firmado um convênio entre a Sociedade de Beneficência Portuguesa e a Santa Casa de Porto Alegre, para destinar uma de suas enfermarias somente para seus sócios, “[...] mediante acerto prévio de quinhentos reis diários, para serem tratados como particulares, todos aqueles seus sócios, suas mulheres, viúvas e filhos que adoecerem, e que em razão de sua indigência careçam dos meios precisos [...]”¹⁶ Assim, desde 1854, o adoecimento de portugueses associados foi tratado nas dependências da Misericórdia. Entretanto, diante do crescimento significativo de membros, a Sociedade Portuguesa definiu a compra de uma casa em 1859, transferindo seus pacientes da Santa Casa. A partir daí as providências para a definição do local e da construção da sede definitiva foram aceleradas, sendo inaugurada em 29 de junho de 1870, passando a Beneficência Portuguesa a vizinhar com a Santa Casa, que lhe acolheu inicialmente. Estes dois hospitais de bases identitárias fortemente lusas seriam os únicos hospitais existentes em Porto Alegre até o final do século XIX.

É oportuno destacar que mudanças de organização luso-brasileira, justamente na década de 1850, demarcaram uma nova fase da história hospitalar da cidade, quer de perfil regulatório, quer de possibilidades de cuidado da saúde, delineadas pela expressiva presença portuguesa em Porto Alegre.

Na demonstração de visibilidades dos lusitanos na Misericórdia da capital do Rio Grande do Sul, se apresenta, a seguir, a relação de Irmãos, nascidos em Portugal, e que foram admitidos na Santa Casa de Porto Alegre, entre 1825 e 1851.¹⁷ Se fossem também arrolados os nomes de filhos de portugueses, que ingressaram na Instituição como Irmãos, a relação seria significativamente maior. A indicação dos nomes dos pais na listagem anexada poderá permitir o estabelecimento de relações dos portugueses de cá com os portugueses de lá, devotados ao campo da saúde e ao dos hospitais.

Diego de Leão Pufal,¹⁸ que vem se dedicando à pesquisa genealógica e de história nos acervos do Arquivo da Santa Casa, tratou do perfil dos Irmãos admitidos entre 1825 e 1851. Para a naturalidade, ele aponta o percentual de 38% para os portugueses¹⁹

– o maior – ao comparar com os nascidos no Rio Grande do Sul (35%), e nos demais estados brasileiros, 20%; um nasceu no Uruguai e 5% não declararam.

A verificação da atividade econômica dos Irmãos portugueses denota uma representação importante na área dos negócios,²⁰ o que mereceria uma investigação mais detalhada. Mas, a princípio, pode se depreender que a sua inserção no meio já os tinha “naturalizados” brasileiros e inseridos no cotidiano da sociedade local. É o que se pode concluir sobre as sociabilidades dos Irmãos na comunidade porto-alegrense nos primeiros tempos da Misericórdia, a partir da análise de Comissoli que assim afirma:

“Jantares e saraus. Reuniões camarárias e motins. Óperas no teatro. Palestras nas lojas. Chás íntimos. Bailes honrados com a presença do governador. Valsas. Reuniões em tavernas. Vivências de entretenimento e diversão; espaços de política. Parece incorreto, para não dizer ingênuo, considerar que tais níveis da sociedade não se sobrepusessem, misturassem e interferissem uns nos outros. Os homens que se encontravam na Misericórdia para dispor sobre a caridade e sobre as obras pias do hospital eram os mesmos que promoviam ou frequentavam os bailes da cidade. Tinham em comum as atividades mercantis, a experiência dos negócios públicos [...] Muitos eram Irmãos. Não de sangue, mas irmanados pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.”²¹

Tabela 1
Irmãos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS – Brasil nascidos em Portugal (1825-1851)

Fonte: inventário elaborado pela autora a partir do trabalho realizado, com base no Livro de Entrada de Irmãos na Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre nº 1, e publicado por: Pufal, Diego de Leão, “A Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre: primórdios, curiosidades e ‘homens bons’”, in, *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas III*, Porto Alegre, Editora Evangraf; Editora da ISCMPA, 2013, pp. 11-80.

Considerações finais

A historiografia sobre a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e seus hospitais vem mostrando um crescimento importante com trabalhos gerados, sobretudo, com base na documentação do seu Arquivo. O incentivo à produção do conhecimento a partir dos Encontros de Pesquisadores do Centro Histórico-Cultural Santa Casa, com seis edições publicadas, e a sétima em preparação, resultou em quase uma centena de trabalhos, abordando diferentes perspectivas e diversas temáticas em análise. Entretanto, carecia avaliar o papel e a dimensão da presença portuguesa na criação e institucionalização da Misericórdia de Porto Alegre. No anexo, a seguir, a reafirmação da visibilidade lusa na Irmandade porto-alegrense.

Este trabalho, que se soma na produção do conhecimento sobre o primeiro hospital do Rio Grande do Sul, procurou reunir informações e indícios da forte presença portuguesa na sua formação e consolidação institucional. Trata-se de recorte expressivo quando se deseja unir esforços para o estudo dos hospitais dos dois lados do Atlântico. [Tabela 1]

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

Irmão	Local de nascimento	Filiação	Idade	Profissão/Vive	Entrada
Acácio Joaquim Correia	Portugal	-	41	Do seu negócio	27/01/1839
Agostinho Teixeira de Souza	Portugal	José Teixeira e Maria Joana Faustina Mariana Pereira	67	Do rendimento de seus bens	30/07/1848
Alexandre Francisco de Campos (Capitão)	Portugal	Alexandre José de Campos e D. Luiza Bernarda de São José	50	Dos seus negócios	01/06/1828
Álvaro José de Araújo	Coimbra	Dr. Pedro de Jesus e Araújo e Maria do Carmo	42	Do seu negócio	30/06/1828
André da Mota de Carvalho (Ten. Cel.)	Freguesia Santos Velhos, Lisboa	Inácio da Mota de Carvalho e Isabel da Mota	65	Dos soldos de sua patente	30/01/1826
Antônio Alves de Oliveira	Cidade do Porto	Antônio Alves de Oliveira e Antônia de Oliveira	33	Do seu ofício	03/12/1831
Antônio Augusto Guimarães	Província Minho	Manuel Francisco da Costa e Maria Josefa de Souza Guimarães	-	-	19/05/1844
Antônio Cândido Gomes da Silva	Lisboa	Amaro Gomes da Silva e Maria Luísa	40	Dos ordenados como Comissário Geral do Exército	03/03/1839
Antônio da Cunha Guimarães	São Paio de Ruilhe, Braga	Domingos Francisco Bacelar e Felícia Maria Gomes da Cunha	33	Do seu negócio	31/12/1831
Antônio da Silva Mello (Major)	Portugal	Manoel Domingues da Silva e Ana Domingues da Silva	46	Do soldo de sua patente	27/06/1847
Antônio dos Santos Coimbra	São João do Louro, Aveiro	Antônio dos Santos e Maria Teresa	76	Dos seus bens e lavoura	11/07/1827

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

Antônio Evaristo Justiniano	Torres Altas, Lisboa	José Antônio Hipólito da Silva e Catarina Paula de Senna	48	Do seu negócio e demais bens	31/03/1828
Antônio Fernandes dos Reis	Portugal	José Fernandes e Felícia Matias	42	Negociante	27/01/1839
Antônio Gonçalves Pereira Duarte	Portugal	João Gonçalves Duarte e Quitéria Francisca Pereira	43	Do seu negócio	19/12/1844
Antônio Henriques da Fonseca	Lisboa	Manoel da Fonseca e Maria Catarina	32	Com loja de caldeireiro	06/08/1843
Antônio José Coelho	Lisboa	José Inácio Fartinha e Jacinta Inácia	38	Do negócio e demais bens	10/03/1826
Antônio José da Costa Barbosa	Porto	José Martins da Costa e Marcelina Angélica dos Prazeres	40	-	15.09.1844
Antônio José de Moraes (Cirurgião-mor)	Porto	Custódio José de Andrade e Rosa Bernarda de Moraes	55	Da sua profissão e de rendimento de bens	23/05/1848
Antônio José de Oliveira Guimarães (Guarda-Mor)	Freguesia Souto, Guimarães	Vicente de Oliveira e Maria Rosas Dias	60	Do seu negócio	15/10/1825
Antônio José Nunes de Castro	Freguesia Sandin, Braga	Antônio José de Castro e Maria Nunes de Castro	22	Boticário	12/05/1833
Antônio José Pedroso	Cidade do Porto	Francisco Xavier Pedroso e Maria Eufrásia Pedrosa	27	Escriturário da Junta da Fazenda	13/11/1825
Antônio José Pinheiro Lima	Freguesia Nossa Senhora André de Ronder, Braga	Manoel José Pinheiro e Mariana Gonçalves	40	Do seu negócio	05/03/1826
Antônio José Porto	Portugal	João José Porto e Joana Maria	54	Negociante	12/01/1840
Antônio José Ramos (Cirurgião-mor)	Corte de Lisboa	Manuel José Ramos e Maria Teresa de Jesus	26	Da sua profissão	01/07/1828
Antônio José Rodrigues Ferreira	Vila de Ovar, Porto	José Rodrigues Ferreira e Rosa Clara Gomes	53	Do seu negócio	01/07/1828

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

Antônio José Rodrigues Velhinho	Vila de Viana	Gonçalo Fernanrdes Coelho e Teresa Maria de Jesus	36	Do seu negócio	06/11/1831
Antônio José Victorino Fróes da Silva (Alferes)	Freguesia Covilhã, Guarda	José Fróes da Silva e Leonor Angélica	44	Do seu negócio e rendas de seus prédios	15/10/1825
Antônio Maria de Souza (Sargento-mor)	Vila de Guimarães	Antônio Aleixo de Melo e Margarida Bernarda Carneiro da Fontoura	39	Da renda de seus soldos	30/10/1838
Antônio Maria Xavier de Souza (Ten. Cel. reformado)	Lisboa	Francisco de Paula Xavier e Brites Paula Serpa de Almeida e Souza	-	-	24/05/1849
Antônio Rezende Rodrigues	Castelo de Vide	Ten. Gal. Manuel Jorge Rodrigues e Maria da Conceição Rodrigues	33	Inspetor da Tesouraria da Província	03/05/1841
Antônio Ribeiro da Silva	Vila Nova de Famelicão, Barcelos	Domingos José Ribeiro e Maria de Oliveira Leitão	30	Do seu negócio	27/11/1837
Antônio Ribeiro Guimarães	Guimarães	João Pinto e Maria Josefa	50	Do seu negócio	03/07/1827
Antônio Rodrigues Bellas	Patriarcado de Lisboa	Inácio Rodrigues e Ana Joaquina	50	Dos seus bens	14/07/1827
Antônio Ventura Fortuna	Cidade do Porto	José Ventura Fortuna e Rosa Cândida Ferraz Bessa Fortuna	38	Do seu negócio	06/11/1831
Bento José de Vilas-Boas	Vila de Barcelos	João Tomás Mestre de Vilas Boas Faria Velho e Inácia Maria de Gouveia Medanha	50	Do seu ofício de 1º Tabelião	23/12/1838
Bernardino José Gonçalves	São Miguel de Refojos de Bastos	Manuel José Gonçalves e Maria Clara de Araújo	-	-	15/09/1844
Bernardino Xavier Coutinho	Vila Franca da Xira	Raimundo Xavier Coutinho e Maria Joaquina da Conceição Varela	49	Empregado Público	03/03/1839
Bernardo José de Oliveira (Alferes)	Vila da Feira, Porto	Manuel de Oliveira e Maria de Jesus	38	Do negócio e demais bens	27/11/1826

VÉRA LUCIA MACIEL BARROS

Carlos Evaristo Justiniano	Freguesia São Pedro da Vila de Torres Novas	José Antônio Hipólito da Silva e Catarina Paula de Sena	34	Empregado de navegação e do negócio	06/01/1834
Custódio de Almeida Castro	Freguesia Oliveira do Douro, Porto	Miguel de Almeida e Maria Teresa de Almeida	48	De negócio	15/10/1825
Custódio Gonçalves Silva	São Paio de Fam, Braga	Francisco Gonçalves e Maria Josefa	48	Do seu negócio	30/06/1828
Diogo José Brochado	Guimarães	Rodrigo José Brochado e Ana Ribeiro	33	Do seu negócio	03/03/1839
Domingos da Silva Paranhos	Freguesia São Veríssimo de Paranhos, Porto	Manuel Francisco da Silva Lessa e Maria de Jesus	29	Do seu negócio e renditos de seus prédios	15/10/1825
Domingos Joaquim Duarte	Portugal	-	33	Do seu negócio	16/01/1849
Domingos José de Araújo Bastos (Capitão)	Freguesia São Miguel de Refojos de Basto, Braga	Plácido de Araújo e Maria Teresa das Neves	48	Do negócio e das rendas da fazenda e prédios	15/10/1825
Domingos José Ribeiro Alves	Portugal	Domingos José Ribeiro Alves e Rosa Ludovina Alves	-	Do seu negócio	10/10/1841
Domingos Martins Barbosa	Porto	José Martins da Costa e Marcelina Angélica dos Prazeres	-	Emprego público e do rendimento de bens	23/05/1848
Eloy José Fernandes Lima	Ponte de Lima	Antônio José Fernandes e Isabel Rita	30	Do seu negócio	15/12/1847
Eugênio José de Freitas	Portugal	Antônio José Ribeiro e Antônia Maria de Freitas	34	Do seu negócio	12/01/1840
Felisberto José Barbosa	Portugal	Bento José Barvosa e Cláudia Josefa Cardoso	51	Do negócio	16/01/1849

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

Fernando Rodrigues Braga	Braga	José Francisco Ribeiro e Rita Maria de Jesus	54	Das rendas de suas propriedades e do ofício de Tesoureiro dos Ausentes	13/11/1825
Francisco Constâncio Maleval	Lisboa	Alexandre Maleval e Rita Peregrina de Vasconcellos	-	-	15/09/1844
Francisco da Costa Maia	Cidade do Porto	Domingos da Costa Ramos e Maria Antônia Leite	35	Do negócio e demais bens	20/12/1826
Francisco da Costa Maia	Cidade do Porto	Domingos da Costa Ramos e Maria Antônia Leite	36	Do negócio e demais bens	20/12/1826
Francisco de Lemos Pinto	Basto, Braga	Manuel Pinto da Costa e Luísa de Lemos	36	De negócio	20/12/1826
Francisco de Souza Leal	Porto	Francisco de Souza Leal e Teresa Angélica de Jesus	33	Dos seus bens	11/07/1827
Francisco Gomes da Silva Guimarães (Alferes)	Guimarães	João Antônio Guimarães e Maria Rosa	46	De ser negociante	18/04/1841
Francisco José da Cunha Vieira	Cidade de Braga	Miguel da Cunha e Teodora Maria Vieira	31	Do seu negócio	27/11/1837
Francisco José da Rocha	Portugal	Custódio José da Rocha e Francisca Rosa faria	31	Do seu negócio	30/03/1848
Francisco José da Silva Moura	Freguesia Santa Eulália da Palmeira, Braga	Raimundo José da Silva Moura	48	Do rendimento de suas fazendas de criação e cultura	28/11/1841
Francisco José de Souza Soares de Andrea (Brigadeiro) Barão de Caçapava. Foi Presidente de Província do RS e de outras províncias	Lisboa	José Joaquim Soares de Andrea e Isabel Narciza de Santa Ana de Jesus	67	A serviço do Império Brasileiro	23/05/1848
Francisco José Furtado	Ilha do Faial, Açores	José Furtado de Mendonça e Joana Teresa	57	Do rendimento de seus prédios e seus negócios	02/03/1833

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

Francisco José Lopes Guimarães	Portugal	José Antônio Lopes e Maria Lopes Guimarães	60	Do seu negócio	06/02/1849
Francisco José Moreira	Freguesia Moreira, Porto	José de Oliveira e Maria Francisca Moreira	30	De negócio	13/11/1825
Francisco Lopes da Costa Moreira	Portugal	Dr. José Lopes da Costa Moreira e Teresa Moreira	30	Dos seus negócios	27/01/1839
Francisco Pinto de Souza	Freguesia de Amaede (sic), Porto	Luís Pinto de Souza e Ana Luíza de Azevedo	46	Do seu negócio e demais bens	30/06/1828
Gaspar Fróes da Silva	Freguesia de Covilhã, Guarda	José Fróes da Silva e Leonor Angélica	41	Do seu negócio	13/11/1825
Gaspar Pereira Viana	Vila de Viana	José Monteiro e Luísa Pereira de Castro	27	-	10/04/1842
Guilherme Florêncio Fróes (Alferes)	Lisboa	José Antônio e Dorotéia Maria	45	Do seu negócio	13/11/1825
Guilherme Pereira de Abreu	Lisboa	Manuel Ferreira de Abreu e Isabel Rosa da Anunciação	40	Do seu negócio	13/11/1825
Henrique Maria de Castilho	Porto	Antônio Joaquim da Silva Maia e Maria Libânia de Castilho	28	Empregado Público	04/08/1839
Isidoro José Lopes	Lisboa	José Joaquim Lopes e Genoveva Rosa de Jesus	32	Do ordenado de Professor de Primeiras Letras	20/06/1841
Jácomo da Silva Areas (Ten. Cel. e tesoureiro de tropas)	Lisboa	Bento da Silva Areas e Ana Josefa de Mendonça	47	Do rendimento dos seus soldos	17/11/1832
Jaime Pinto da Cunha	Porto	Antônio Pinto da Cunha e Maria Joaquina Cândida	30	Do seu negócio	28/11/1841
João Antônio de Oliveira	Porto	Francisco Anselmo de Oliveira e Rita de Cássia e Oliveira	29	Do seu negócio	28/11/1841
João Antônio Mendes Tota (Sargento-mor)	Aveiro	Antônio Rodrigues Mendes Tota e Inácia Diamantina Tota	48	Do soldo de sua patente e rendimento dos seus bens	23/12/1838

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

João Antônio Vieira de Araújo	Freguesia Pedralva, Braga	Domingos José Vieira de Araújo e Antônia Gonçalves	49	Do rendimento de suas fazendas	22/12/1837
João Antunes da Cunha	Vila de Guimarães	João Antunes da Cunha e Joaquina Rosa	36	Do seu negócio	15/10/1825
João Batista da Silva	Cidade de Braga	Francisco José da Silva Pereira e Joana Maria Pereira	29	De negócio	06/03/1826
João Batista Gomes	Freguesia São Nicolau, Porto	Bernardo da Silva e Maria Rosa	48	Do rendimento dos seus bens	24/12/1831
João Batista Machado Júnior	Portugal	João Batista Machado e Ana Bernardina Angélica	-	Do seu negócio	20/03/1848
João Caetano Ferraz	Porto	José Caetano Ferraz e Tomásia Roza	28	Dos seus negócios	16/11/1831
João da Cunha Lobo Barreto (Major)	Barcelos, Braga	Estevão Bernardino da Costa Barreto e Vitória Margarida da Cunha Barreto Alpoim	50	Dos seus soldos e ordenado como 1º Oficial da Secretaria da Presidência	19/12/1844
João da Silva Lisboa	Freguesia Santa Marinha de Vila Nova de Gaia, Porto	João da Silva Lisboa e Ana Inácia	45	-	13/11/1825
João de Oliveira Couto Paredes	Freguesia São Romão de Paredes, Porto	Manuel José do Couto e Maria Teresa de Oliveira	29	Da sua loja de boticário	27/11/1837
João José da Cruz	São Salvador, Vizeu	José Joaquim e Maria Joaquina	38	-	06/01/1843
João José de Carvalho e Freitas (Sargento-Mor)	Vila de Guimarães	José de Magalhães e Joana Inês de Carvalho	50	De negócio	30/10/1826
João José de Faria Villas-Boas	Porto	-	-	Do seu negócio	04/03/1847

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

João José de Oliveira Guimarães	Santa Maria de Souto, Guimarães	Vicente de Oliveira e Maria Rosa Dias	50	Do seu negócio e rendimentos de fazendas e fábricas	15/10/1825
João Luís Teixeira (Sargento-mor)	Vila do Amarante	Antônio Manuel Teixeira e Maria Josefa	66	-	10/09/1843
João Manuel Pontes (Capitão)	Freguesia Santa Justa, cidade de Lisboa	Nicolau Antônio de Pontes e Brites Teresa	51	Do seu negócio e seus bens	01/01/1826
João Martins Lamego	Lamego	Tomás de Souza Pinto e Ana Pereira	50	-	02/10/1846
João Mendes de Oliveira Castro	Província do Minho	Jerônimo Mendes e Rosa Joaquina de Oliveira	35	Do seu negócio	28/11/1841
João Pereira Monteiro (Sargento-Mor)	N. Sr ^a da Vitória, Porto	Antônio Pereira Monteiro e Marcela Rosa de Almeida	52	-	06/10/1839
João Tomás de Menezes (Sargento-Mor)	Cidade do Porto	Inácio Fernandes Lopes de Menezes e Custódia Clara Angélica de Menezes	51	De negócio	15/10/1825
Joaquim Caetano Pinto	Porto	Francisco Caetano Pinto e Maria Ludovina Rosa	30	Do seu comércio	04/08/1839
Joaquim de Biffencourt Lemos Maciel Brum	Ilha do Faial, Açores	Raulino da Terra Brum da Silveira Corte Real	35	De negócio	26/05/1826
Joaquim José Leocádio Guerra	Cidade de Lisboa	Jacinto Manuel Guerra e Joaquin Rosa	-	Do ordenado de empregado público e demais rendas	06/01/1834
Joaquim José Mendes Ribeiro	Guimarães	Manuel Ribeiro e Antônia Maria Mendes	29	Do negócio	27/11/1837
Joaquim José Pereira Rebello	Cidade de Lamego	Antônio José Pereira Rebello Braga e Maria Teresa Joaquina	43	De negócio	06/09/1826
Joaquim Pedro de Almeida (Capitão)	Vila de Sines, Beja	José Bernardes de Almeida e Maria Joaquina dos Remédios	39	Dos seus soldos	13/11/1831

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

Joaquim Pedro Salgado (Sargento-mor)	Freguesia São Silvestre do Gradil, Lisboa	José Rodrigues Salgado e Ana Rita do Carmo	51	Do negócio e rendas de suas fazendas e bens	10/04/1826
Jordão Reinaldo da Costa e Silva	Freguesia São Nicolau da Cidade de Lisboa	Jordão Reinaldo de Aquino e Josefa Maria da Conceição	28	Do ordenado de emprego de escriturário da Contadoria da Junta da Fazenda Pública	17/06/1826
José Antônio da Silva Veiga	Valença, Braga	Alexandre José Afonso Salgueiro e Rosa Rodrigues da Cunha	24	Do seu negócio	20/08/1830
José Antônio de Souza Ribeiro	Portugal	Domingos José de Souza e Maria José	38	De negócio	15/12/1847
José Antônio Machado	Freguesia São Vitor	Veríssimo Antônio Machado e Maria das Neves	37	-	06/10/1839
José Apolinário Pereira de Moraes	Bispado do Porto	Apolinário Pereira de Moraes e Bernarda Maria de Paiva	63	Dos seus bens	15/03/1826
José Bento Dias de Carvalho	Portugal	Jerônimo José de Carvalho Guimarães e Quitéria Maria Ferreira	26	Do seu negócio	12/01/1840
José Caetano da Silva	Cidade do Porto	Bento José da Silva e Ana Margarida da Silva	28	Do seu negócio	03/03/1839
José Caetano Ferraz	São Nicolau, Porto	José Caetano Ferraz e Tomásia Maria de Jesus	32	Dos seus negócios	15/10/1825
José Carvalho de Miranda	Portugal	João Carvalho de Miranda e Custódia Maria	51	Do seu negócio	11/10/1840
José Carvalho de Miranda Júnior	Porto	José Carvalho de Miranda e Ana Rosa Gomes de Carvalho	31	Do seu negócio	22/08/1841
José da Cruz Ferrari	Porto	João Ferrari e Maria Teresa de Jesus	-	-	03/01/1847
José da Rocha Fernandes	Freguesia Sabadim, Vila de Arcos	Bento José da Rocha e Mariana Rosa de Brito	28	Do comércio	04/08/1839
José dos Santos Telles de Menezes	Cidade de Penafiel	José dos Santos de Vasconcelos e Ana Angélica Telles de Menezes	44	Emprego de Escrivão de Ausentes Nacionais	06/09/1829

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

José dos Santos Viegas (Ten. Cel. reformado)	Vila de Deia	-	60	Dos seus soldos	12/10/1849
José Ferreira dos Santos da Silva	Freguesia São Mamede, Valongo	José Ferreira Fontes e Bibiana de Souza Dias	30	Do seu negócio	27/01/1839
José Francisco dos Santos	Portugal	Antônio Francisco dos Santos e Francisca Joaquina da Conceição	33	Dos seus negócios	27/01/1839
José Francisco dos Santos Pinto	Portugal	Manuel Francisco dos Santos e Rosa Rodrigues dos Santos	-	Do seu negócio	28/11/1841
José Gomes dos Santos Dias	Porto	Manoel Gomes dos Santos e Ana Ermelinda dos Santos	-	-	21/08/1846
José Inácio Lourenço	Ilha de Santa Maria, Açores	Antônio José Lourenço e Rita Quitéria	43	Do seu negócio	04/10/1830
José Joaquim dos Santos Ferreira	Portugal	Manoel dos Santos Beira e Joaquina Teresa de Jesus	37	Do seu comércio	06/10/1839
José Joaquim Ribeiro Guimarães	Portugal	Gonçalo Ribeiro de Freitas e Ana Joaquina de Babo	40	Do seu negócio	28/01/1832
José Manoel Felizardo	Évora	Manuel Felizardo e Maria do Carmo	28	Do seu negócio	13/11/1831
José Manuel da Cunha Reis	Cidade do Porto	José Manuel Pereira da Cunha e Rita Delfina dos Reis	30	Do seu negócio	20/03/1849
José Maria da Silveira Viana	Ilha do Faial, Açores	Matias Pereira e Genoveva Rosa	47	Do seu negócio	30/06/1828
José Maria de Souza	Vila dos Arcos, Braga	Francisco Manuel de Souza e Clara Joaquina da Conceição	35	-	20/06/1841
José Marques de Figueiredo	Portugal	José Marques e Ana Marques	-	Comerciante	19/09/1847

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

José Narciso Velloso Ferreira	Braga	Antônio Velloso Ferreira e Rosália Joaquina do Nascimento	32	-	16/01/1842
José Pedro César (Coronel)	Cidade de Leiria	José Pedro César e Ana Joaquina Rosa	-	Dos seus soldos	01/07/1828
José Peixoto de Miranda	Concelho de Bem Viver, Porto	José Peixoto Cabral e Castro e Eufrásia Maria Caetano de Carvalho	-	Da advocacia	01/07/1828
José Pereira Coimbra	Coimbra	Francisco José Pereira e Josefa Teresa de Jesus	39	Do seu negócio	15/10/1825
José Pinto de Carvalho	Freguesia São Miguel de Fontellas, Sobre Tamega, Porto	José Pinto de Queiroz e Maria Luiza de Carvalho	61	Do negócio e demais bens	26/11/1826
José Pinto Guedes Porto	Cidade do Porto	José Pinto Guedes e Ana Margarida	34	Do seu negócio	
José Ribeiro de Andrade e Silva	Porto	Antônio José Ribeiro e Maria Joaquina Ribeiro de Andrade	-	-	28/06/1848
José Vieira da Cunha	Portugal	Miguel da Cunha e Teodora Maria Vieira	-	Do comércio	12/11/1843
Justino da Costa Farias	Portugal	Manoel da Costa Gomes e Eusébia Joaquina	30	Do seu negócio	15/09/1844
Lauriano Antônio	Freguesia N. Sr ^a da Purificação da Vila de Oeiras	João Antônio e Angélica Inês	37	Carpinteiro e mais bens	12/06/1826
Libanio Pereira da Silva (Capitão)	Patriarcado de Lisboa	Antônio Pereira da Silva e Helena Rosa	48	De empregos e demais bens	30/04/1826
Lopo de Almeida Henriques Botelho e Mello (Coronel)	Lisboa	Brigadeiro Lopes Joaquim de Almeida Henriques e Ana Leonor de Brito e Barros	44	-	10/03/1844
Lopo Gonçalves Bastos	Portugal	Antônio Gonçalves e Teresa Maria de Moura	43	Do rendimento de seus bens e comércio	10/07/1843

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

Lourenço Henriques da Silva	São João de Loure, Aveiro	Mateus Henriques e Antônia Dias da Cruz	64	Do suprimento que lhe faz a Santa Casa por contrato	29/10/1832
Lourenço Machado	Ilha Terceira, Açores	Antônio Machado e Genoveva Bernardes	40	-	11/03/1826
Lúcio Frederico Whitney	Portugal	-	-	Do Comércio	10/09/1843
Luís Guedes Ferreira de Moraes Sarmento	Vila de Vilhaes, Trás-os-Montes	Antônio José Guedes Pereira Pinto e Doretéia Luiza Ferreira de Moraes Sarmento	58	Do rendimento de seu negócio	20/10/1832
Luís Inácio Pereira de Abreu (Capitão)	Portugal	Luís Inácio Pereira e Francisca de Abreu Magalhães	59	Da sua fazenda	08/05/1842
Luís João Marques	Aveiro	Francisco João e Josefa Maria de Jesus	55	-	19/12/1841
Luís Manoel Gonçalves Lages	Vila de Mondim de Basto, Braga	Manoel Gonçalves Lages e Maria dos Reis	54	Do seu negócio e seus bens	12/12/1825
Luís Pereira Dias	Porto	Joaquim José Pereira Dias e Maria Angélica de Mesquita	32	Mestre de arquitetura	27/11/1837
Manoel Bernardo Corrêa de Lacerda	Quinta de Santo Estevão, Freguesia de Siqueira, Aguiar da Beira, Vizeu	Manoel Corrêa de Lacerda e Rosa Maria Monteiro	50	Do seu negócio	03/12/1831
Manoel da Silva Só	Bispado do Porto	Maria da Silva	38	Do seu negócio	25/12/1830
Manoel de Freitas Leitão	Ilha Terceira, Açores	João de Freitas Leitão e Francisca de Jesus	25	Do seu negócio	08/11/1831
Manoel do Nascimento Coelho	Lumiar, Lisboa	Antônio Fernandes de Souza e Rosa Maria Coelho	63	Do rendimento de seus bens	24/06/1843
Manoel Domingues da Costa	Freguesia Madalena, Porto	Manoel Domingues da Costa e Maria Domingues Lopes	32	Dos seus negócios	27/01/1839
Manoel Fernandes Chaves	Freguesia São Bartolomeu de Travancas, Braga	João Alves e Isabel Fernandes	78	Do rendimento de seus bens	19/03/1830

VISIBILIDADES DA PRESENÇA PORTUGUESA NO HOSPITAL

Manoel Ferreira de Aguiar	Portugal	João Coutinho de Aguiar e Maria da Silva de Jesus	37	Do seu negócio	05/01/1845
Manoel Francisco Moreira	Freguesia Moreira, Porto	José de Oliveira e Maria Francisca Moreira	31	De negócio	13/11/1825
Manoel José Gentil	Vila Nova de Famelicão, Barcelos	João Manoel Fernandes Pereira e Ana Maria de Santa Bárbara	45	Do desenho	13/11/1831
Manoel José Henrique da Cruz	Portugal	Manoel José Henrique da Cruz e Maria de Oliveira	48	Dos seus bens e de suas cirurgias	19/03/1842
Manoel José Vieira Lima	Portugal	José Antônio Bernardino de Lima e Maira Caetana Vieira	40	Do seu negócio	12/10/1831
Manoel Leite Vieira Guimarães	Portugal	Manoel José Vieira da Cruz e Teresa Clara Leite	33	Dos seus negócios	06/02/1849
Manoel Luis Corrêa	Porto	João Luís Corrêa e Maria Marcolina Corrêa	-	Professor Público	18/12/1842
Manoel Luís da Cunha	Braga	Tomé José da Cunha e Antônia Maria Ferreira	50	Dos seus negócios	06/01/1833
Manoel Maria Ricalde Marques	Cidade de Lisboa	Coronel Manuel de Souza Ribeiro e Ricalde e Angélica Josefa Dorotéia de Ricalde	48	De advogar	15/10/1825
Manoel Pereira da Motta	São Miguel de Oliveira do Douro	Manuel Pereira da Motta e Maria Joaquina de Almeida	37	Do seu negócio	24/06/1843
Manoel Pinto da Costa Guimarães	Porto	Antônio Pinto da Costa Guimarães	30	-	19/09/1847
Manoel Rodrigues Chaves	Termo de Barcelos	Antônio Rodrigues Chaves e Joaquina Rosa de Barroso	35	Do seu negócio	13/11/1831
Manuel Barreto Ribeiro	Cidade de Lisboa	José Antônio Ribeiro Guimarães e Maria Madalena	43	Ofício de Tabelião Público, Judicial e Notas	28/04/1826

VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO

Manuel Faustino José Martins (Capitão)	Vila Chã do Monte, Vizeu	Custódio José Martins e Ana Maria Simões	40	Dos seus negócios	16/11/1831
Manuel Gomes Coelho do Valle (Doutor)	Vila de Arouca, Lamego	José Gomes Coelho e Maria Eufrásia do Valle	-	Proprietário e advogado	24/04/1849
Manuel Gonçalves Carneiro	Freguesia São Silvestre de Requião, Barcelos	João Gonçalves Carneiro e Ana Maria Correia	30	Do seu negócio	03/03/1839
Manuel Joaquim de Souza	Vila de Setúbal	Joaquim de Souza e Luísa Andreza	51	Do seu negócio	15/10/1825
Manuel Joaquim Sá	Portugal	João Manuel de Sá e Josefa Rosa Fernandes	-	Do seu negócio	18/03/1847
Manuel José de Freitas Travassos	Vila Franca do Campo, Ilha de São Miguel, Açores	Capitão Miguel José de Freitas	43	Do seu negócio e rendas de suas fazendas e prédios	15/10/1825
Manuel Rodrigues Lopes	Fam, Braga	Lourenço Rodrigues e Maria Teresa Lopes	-	De negócio	01/07/1828
Pedro Antônio Martins	Guimarães	João Martins e Joana Maria	55	Do seu negócio	04/08/1839
Pedro de Souza Lobo (Capitão)	Cidade do Porto	Antônio de Souza Lobo	54	Do negócio e rendimento de seus prédios	11/12/1825
Pedro Maria Xavier de Almeida Meirelles (Tenente)	Vila do Fanado	Coronel Antônio Gomes de Oliveira Meirelles e Cristiana Jacinta do Sobral	32	Dos soldos de sua patente	12/01/1840
Sebastião Antônio Tavares	Portugal	Alexandre José Pereira da Cruz Lima e Francisca Feliciano de Lima Tavares	36	Comerciante	10/09/1843
Tomás José da Silva (Mal. de Campo)	Lisboa	Cel. Francisco José da Silva e Mariana Antônia Inácia	57	Do soldo de sua patente	07/02/1841
Venâncio José Chaves	Lisboa	Francisco Antônio Chaves e Maria Teodora	38	Do seu negócio	14/10/1833
Venceslau Antônio Silva	Cidade de Lisboa	Francisco Antônio da Silva e Josefa Joaquina da Conceição	41	Dos seus negócios	01/07/1828
Vicente Paulo de Oliveira Vilas-Boas (Ten. Cel.)	Lisboa	-	-	Dos rendimentos de seus bens e vantagens de sua graduação no Exército Imperial	19/12/1841

Notas

1. “Na sequência do Tratado de Madri (1750) e dos que se lhe seguiram, os cirurgiões, com suas boticas de campanha, se tornam companhia permanente das tropas, secundando engenheiros e matemáticos ou, na sua ausência, acumulando o tratamento dos soldados com a realização de medições e cartas geográficas [...]” Abreu, Laurinda. “A institucionalização do saber médico e suas implicações sobre a rede de curadores oficiais na América portuguesa”, in *Tempo*, vol. 24, nº 3, Niterói, Sept./Dec. 2018. <http://orcid.org/0000-0003-1037-2804>. Acesso em 15.07.2020.

2. Franco, Sérgio da Costa; Stigger, Ivo, *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2003.

3. Joaquim Francisco da Costa é seu nome de batismo. Por devoção a Nossa Senhora do Livramento tomou-lhe o nome em sua homenagem.

4. Professou como irmão na Terceira Ordem da cidade do Desterro. Obteve a faculdade de vestir um hábito do Reverendo Provincial, como ermitão, por volta de 1787. A partir de então passou a ser visto tirando esmolas para a caridade em sua ilha. Weber, Beatriz Teixeira, “A Santa Casa de Misericórdia e o Irmão Joaquim Francisco do Livramento: trajetórias de pesquisa”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2009, pp. 23-24.

5. Franco, Sérgio da Costa; Stigger, Ivo, *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2003, p. 20.

6. “Possuir instalações religiosas, sob a forma de capela ou de igreja, e ter capelães a trabalhar nelas era algo corrente nos hospitais modernos, precisamente para poderem assistir espiritualmente os enfermos.” Verificar: Araújo, Maria Marta Lobo de, “Sara as feridas da alma no Hospital da Misericórdia de Braga: a assistência espiritual aos enfermos no Hospital de São Marcos (séculos XVI-XVIII)”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas VI*, Porto Alegre, ISCMPA, 2019, p. 148.

7. Nascido na Ilha do Pico, casado com D. Bibiana Josefa Bittencourt do Canto, nascida na Ilha Terceira, conforme: Cibils, Luis Alberto, “A sede do Instituto Histórico: a origem da propriedade”, in *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, CORAG, nº 131, 1995, pp. 25-32.

8. Pufal, Diego de Leão, “A Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre: primórdios, curiosidades e ‘homens bons’”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas III*, Porto Alegre, Editora Evangraf; Editora da ISCMPA, 2013, p. 12, grifo meu.

9. *Livro de Atas da Mesa Administrativa da Santa Casa de Porto Alegre nº 1*, p. 16v.

10. Franco, Sérgio da Costa; Stigger, Ivo, *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2003, p. 29.

11. Boxer, Charles R., *O império marítimo português (1415-1825)*, São Paulo, Editora Companhia das Letras, 2002, p. 299.

12. “Ata da sessão do dia 18 de dezembro de 1821”, in *Livro de Atas da Mesa Administrativa da Santa Casa de Porto Alegre nº 1*, pp. 16v-17, grifo meu.

13. Pelotas, município localizado no sul do Estado, abriu o segundo hospital do Rio Grande do Sul – o da Santa Casa de Misericórdia, em 1847.

14. Quevedo, Éverton Reis, “Porto Alegre: o associativismo português e a sociedade portuguesa de beneficência”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas V*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2017, p. 54.

15. Franco, Sérgio da Costa; Stigger, Ivo, *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2003, p. 59.

16. Quevedo, Éverton Reis, “Porto Alegre: o associativismo português e a sociedade portuguesa de beneficência”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas V*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2017, p. 61.

17. Levantamento feito a partir do inventário elaborado pelo pesquisador e genealogista Diego de Leão Pufal, com base na documentação do Arquivo Central do CHC Santa Casa. Verificar: Pufal, Diego de Leão, “A Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre: primórdios, curiosidades e ‘homens bons’”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas III*, Porto Alegre, Editora Evangraf; Editora da ISCMPA, 2013, pp. 11-80.

18. Pufal, Diego de Leão, “A Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre: primórdios, curiosidades e ‘homens bons’”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas III*, Porto Alegre, Editora Evangraf; Editora da ISCMPA, 2013, p. 26.

19. Análise nesse sentido também pode ser verificada na pesquisa de Adriano Comissoli, referenciada.

20. Perfil similar, para Portugal, conforme análise de Maria Antónia Lopes: “No século XIX liberal, os dirigentes das Misericórdias eram homens de negócios do Porto [...]” Lopes, Maria Antónia, “Elites portuguesas e instrumentalização das Misericórdias (séculos XIX-XX)”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas VI*, Porto Alegre, Editora da ISCMPA, 2019, p. 175.

21. Comissoli, Adriano, “Porto Alegre oitocentista: Misericórdia, jantares e teatro”, in *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: histórias reveladas IV*, Porto Alegre, Editora Evangraf; Editora da ISCMPA, 2015, pp. 39-40.

DANIEL OLIVEIRA*

O Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Medicina e Saúde da Mulher, ao fim do século XIX

* Doutor em História
pela Universidade Federal
do Rio Grande do Sul
- UFRGS, Brasil

Conforme pesquisa de Martins¹, a formação da medicina da mulher como especialidade médica, no século XIX, foi iniciada e conduzida por meio da obstetrícia e, pouco mais tarde, da ginecologia. Naquele século, na sua maior parte, os partos eram realizados por parteiras práticas, nos domicílios das parturientes, sendo raras as intervenções médicas nesse processo, inclusive, em hospitais. No entanto, tal situação passaria a se modificar lentamente, principalmente a partir da segunda metade dos oitocentos, com os hospitais se tornando, gradativamente, o local mais adequado para a condução do parto e, como consequência, com presença médica mais constante.

A ginecologia, ocupando-se principalmente de doenças uterinas e ovarianas, constituir-se-ia como um apêndice da obstetrícia até a metade do século XIX, isso porque os poucos médicos que tratavam dessas moléstias (naquele momento inicial, mormente as doenças e os problemas relacionados ao momento do parto) eram cirurgiões parteiros². De acordo com Martins, de forma geral, a cirurgia ginecológica passou a ser realizada com maior frequência nas décadas de 1860 e 1870, quando os médicos cirurgiões passariam a dominar as técnicas que a envolvia. Essa situação que, conforme a autora, foi vivenciada em diversos países europeus, não decorreu de forma muito diferente no Brasil, ainda que, apesar de dificuldades relacionadas ao acesso às tecnologias do período, os médicos brasileiros não se encontravam atrasados em relação ao conhecimento que se desenvolvia, para aquela especialidade, na Europa. Ainda segundo a autora, seria a partir do último quarto do século XIX que a ginecologia adquiriria estatuto próprio, diferenciando-se da obstetrícia³.

É também nesse mesmo período que os hospitais, no Brasil, principalmente os pertencentes às Santas Casas de Misericórdia, passam a se conformar como espaço privilegiado de atuação da medicina e, deixando de ser somente como local de acolhimento e caridade para os mais pobres e desassistidos, conforme décadas anteriores. E, naquele cenário, assim como na transição entre lugar de caridade e espaço da ciência médica (segunda metade do século XIX e início do século XX), as mulheres conformavam uma pequeníssima porção da população que procurava os hospitais e, ainda menos, para a realização do parto, o que se refletia na organização dos cômodos e aparelhamento dos hospitais, para atendê-las.

Visto isso, tendo como embasamento parte da dissertação de mestrado deste autor⁴, trataremos, neste artigo, sobre esse contexto. Mais especificamente, analisaremos as transformações ocorridas no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no que se refere ao atendimento às mulheres, tendo em vista as especialidades da obstetrícia e ginecologia. O período de enfoque se situa na segunda metade do século XIX.

Porto Alegre, cidade localizada no sul do Brasil, foi marcada pela atividade portuária em água doce, sendo margeada pelo Lago

Guaíba, com saída para a Lagoa dos Patos e, dessa, para o Oceano Atlântico. Constituíam-se como importante núcleo populacional e, desde o final do século XVIII (1773), ocupava o papel de sede administrativa da Capitania do Rio Grande de São Pedro, tornando-se, posteriormente, capital da Província do Rio Grande de São Pedro do Sul/Rio Grande do Sul.

De acordo com registros censitários, na década de 1850, Porto Alegre possuía aproximadamente 17.000 hab., quantidade que seria mais que duplicada na década de 1870, conforme consta no censo de 1872 (43.998 hab.). Em 1890 a população residente seria estimada em 52.421 hab. e, em 1900, 73.000 hab⁵. Este crescimento também foi muito devido à intensificação da imigração de povos europeus para o Rio Grande do Sul, o que elevou a multiplicidade étnica daquela cidade⁶. Dentro dessa multidão, o Censo de 1872 arrolou a existência de 8.070 escravos na cidade e, segundo contagem a partir da *Matrícula Especial dos Escravos* (censo nacional realizado entre 1872 e 1873)⁷, contabilizou-se 8.970 pessoas sob esta condição, o que representava, naquele período, cerca de 22% do total de habitantes de Porto Alegre. Ou seja, a escravidão se demonstrou, de forma intensa, como parte do cotidiano daquela sociedade, ao longo da sua formação e crescimento.

Porto Alegre, já no século XVIII, acolhia diversas irmandades leigas de práticas devocionais e assistencialistas. A primeira foi a Irmandade de São Miguel e Almas (1773), a segunda, do Santíssimo Sacramento (1774), a terceira, da Nossa Senhora do Rosário (1786) e a quarta, da Nossa Senhora da Conceição, de 1790. Mas nem todas direcionavam os seus esforços aos pobres da população. As duas primeiras atendiam aos membros do clero e da parcela econômica mais privilegiada da população. A Irmandade da Nossa Senhora do Rosário atendia aos negros (entre eles, os escravos) e, a Irmandade da Nossa Senhora da Conceição aos pardos⁸.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre⁹, instituição leiga tendo a Igreja Católica como referência, obteve autorização régia para a sua criação em 1803. Constituída em 1814, direcionou os seus esforços e objetivos¹⁰, principalmente, para a administração de um hospital voltado aos pobres que, no local onde existe até a atualidade, abriu as suas enfermarias em 1826. Também ficou marcada pelo requisitado serviço de administração e criação dos expostos, iniciado em 1837¹¹ e pela construção e administração do cemitério municipal extramuros. Assim como diversas outras Misericórdias brasileiras, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre estabeleceu formas de organização e de atuação muito similares às constituídas em Portugal¹². Dentro disso, observamos que os objetivos da Santa Casa de Porto Alegre eram semelhantes às Misericórdias do Brasil e Portugal¹³.

Pela importância e amplitude dos seus serviços, assim como por ter no seu quadro de Irmãos os homens de maior poder econômico e político da cidade e província, a Misericórdia se constituía

como a mais influente irmandade porto-alegrense do século XIX. Neste sentido, uma das suas características mais marcantes foi, de um lado, a estreita relação que manteve com as classes sociais mais ricas e, de outro, com as mais pobres. Entre os Irmãos, encontravam-se políticos, militares (de alta patente), bacharéis em direito, engenheiros, médicos etc. Já os mais pobres, inclusive e principalmente os miseráveis, seriam os recebedores merecedores das obras de misericórdia. Esta relação, um tanto complexa, envolvia sentidos cristãos e religiosos – caridade e misericórdia para com os pobres e salvação da alma a partir destas práticas – congregação social entre a elite, estabelecimento de alianças e ganho em prestígio social¹⁴.

Trazendo um olhar *de cima* sobre o hospital da Santa Casa enfocando a atuação médica e o atendimento das mulheres ao longo dos anos analisados, é possível dizer, do ponto de vista organizacional e administrativo, que este passou por, no mínimo, três fases distintas dentro do período examinado (entre 1850 e 1900). Cabe salientar que a identificação e delimitação de tais fases são de conta e risco deste pesquisador a partir das fontes analisadas¹⁵, baseando-se na identificação de traços característicos ligados a fatias temporais distintas observáveis.

Temporalmente, a primeira fase se estende até o final da década de 1880 (apesar de nos determos a partir da década de 1850, poderíamos recuar mais algumas décadas, tendo em vista o sistema de organização identificado). É marcada por indícios de muita precariedade em termos de quantidade de pessoal (médicos, enfermeiros e outras funções), espaço físico (número de enfermarias e as suas especialidades ou seções) e instrumentos médicos, com poucos médicos (ou nenhum) fazendo parte do hospital e, além disso, quase que ausentes dos cargos da alta administração da Irmandade, ou seja, pouco participando das decisões tomadas naquele espaço.

A segunda, a mais curta e representativa em termos de mudanças dentro do hospital, ocorreu entre o ano de 1886 até 1891, com médicos passando a fazer parte da alta administração da Irmandade e do hospital. Este período foi também marcado pela criação de várias enfermarias, repartições e, também, de renovação e ampliação do corpo médico, ocasionando uma verdadeira revolução na organização da medicina que se realizava naquele local. Tais modificações se ligariam ao surgimento da preocupação mais direcionada para a saúde e medicina da mulher. Seria também neste momento que o hospital passaria a se constituir como um pré-laboratório de uma medicina de caráter mais científico-acadêmico, o que ainda se dava de forma embrionária naquela cidade.

A terceira fase, iniciada em 1892, que mantém muitas das mudanças ocorridas nos anos de 1890 e 1891, possui um traço bem peculiar: parece estar intimamente ligada às agitações políticas causadas pela Revolução Federalista. Será marcada pela saída dos

médicos dos cargos da alta administração, que seriam ocupados por Irmãos militares, em grande parte. Seria nesta oportunidade que o Tenente Coronel Antonio Soares de Barcellos subiria ao cargo de Provedor e somente o deixaria em 1914, o que marcaria o final dessa terceira fase. No entanto, a organização do hospital se mantém e potencializa as mudanças iniciadas na década de 1880. Este período também foi caracterizado pela chegada das Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã, que se tornaram responsáveis pela administração das enfermarias. Passemos, agora, a adentrar as portas do hospital da Misericórdia e abordar mais detidamente esses três momentos da sua organização.

De acordo com o identificado nos relatórios da Instituição, desde a década de 1850 até a metade da década de 1880, o hospital era assim organizado:

“Este Pio Estabelecimento tem cinco enfermarias, todas constantemente ocupadas; sendo a 1ª dos homens, inclusive as Praças do Corpo Policial; a 2ª das mulheres; a 3ª dos menores do Arsenal de Guerra; a 4ª dos Sócios da Sociedade Portuguesa de Beneficência; e a 5ª dos presos civis pobres. Os enfermos são socorridos por três professores, contratados especialmente para esse fim, e o serviço das enfermarias é feito por um 1º Enfermeiro, por um ajudante deste e por serventes, além de um 5º Enfermeiro, que somente se ocupa com o curativo dos enfermos de Cirurgia na enfermaria dos homens; por uma enfermeira e as serventes necessárias na enfermaria de mulheres”¹⁶.

Tal passagem ganha em importância por ser a única, dentro da documentação analisada, que descreve de forma pormenorizada as enfermarias existentes com seus respectivos nomes ou direcionamentos e o quadro funcional do hospital, dentro de período anterior aos anos 80. Nota-se que a 4ª enfermaria não seria mais usada para o mesmo fim, já que em 1858 foi fundado o primeiro hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, sendo extinto o contrato com a Misericórdia, que previa o tratamento daqueles associados. Porém, não foi identificado o novo uso que se deu para aquele espaço. Destaca-se por meio dos relatórios mais antigos que, ao menos até a criação do Compromisso de 1867, não havia mordomia específica para o hospital. As existentes se resumiam às mordomias da capela, botica, expostos, cemitério, presos e testamentos¹⁷.

Não foram identificadas modificações consideráveis na organização das enfermarias até o ano de 1877, oportunidade em que o provedor José Antonio Coelho Júnior determinou a construção de uma enfermaria específica para escravos particulares. Importante destacar da citação do relatório de 1855 que havia, já naquele ano, uma enfermaria específica para as mulheres, sendo os trabalhos desta realizada, com

a exceção do médico, somente por mulheres, no entanto, não são identificadas quem eram essas mulheres. Nota-se que mesmo sem a presença de Irmãs nas enfermarias, o que ocorreria somente em 1893, a preocupação com a moralidade era uma constante no hospital. Para além da divisão das enfermarias por sexo, classes e condições sociais, também se observa a preocupação em separar os “menores do arsenal” dos homens. Segundo o provedor em questão, a implantação da 3ª enfermaria (realizada naquele ano) se deu “por algumas razões de moralidade”.

O que vislumbramos por meio dessas informações, é uma preocupação mais voltada para aspectos sociais, tal como a classe, o sexo e a idade dos enfermos, do que para motivos nosológicos, ou seja, sem considerar espécie de doença ou grupo de enfermidade, ou ainda, especialidade médica. Porém, como contraponto a essa observação, em 1857 se debatia a necessidade da criação de uma enfermaria específica para o tratamento das doenças contagiosas. A sua criação foi aprovada em Sessão da Mesa (14 de janeiro do dito ano), mas, por falta de recursos, os enfermos acometidos por aquelas enfermidades estavam sendo tratados em sala improvisada, “contígua à arrecadação geral”¹⁸. Entretanto, tudo indica que a criação da dita enfermaria não saiu do papel, isso visto que a próxima menção sobre a criação de um local específico para o tratamento de enfermidades contagiosas somente iria ocorrer no final dos anos 80 e início dos 90.

Entre as décadas de 50 e 80 a Misericórdia contava, anualmente, com o trabalho de dois a três médicos e um reduzido número de enfermeiros e serventes. Cabe deter a atenção, mesmo que brevemente, para os enfermeiros: primeiramente, é importante destacar que não se tratavam de profissionais diplomados, mas sim, de práticos¹⁹. Alerta-se, ainda, para o fato de que os enfermeiros poderiam ser *recrutados* entre os próprios enfermos do hospital. Situação semelhante poderia ocorrer para o cargo de servente, porém, conforme identificado, para esta função normalmente arregimentavam-se “africanos livres que foram concedidos pelo Governo para o serviço deste estabelecimento”²⁰.

Naquele período, o quadro de pessoal do hospital, para além dos médicos, era composto por três enfermeiros e uma enfermeira (sendo que dois dos enfermeiros eram também denominados como 1º e 2º ajudantes). No decorrer dos anos, o número de enfermeiros e ajudantes iria variar de cinco a seis até o ano de 1884, quando seriam incorporados mais quatro ajudantes (denominados como de enfermagem, medicina, cirurgia e inválidos) e que se juntariam mais quatro enfermeiros, para o serviço dos anos posteriores²¹.

Direcionando os olhares para o quadro médico, já destacamos que, entre os anos de 1855 e 1889, o número de facultativos não passou de três médicos (em alguns anos foram somente dois), não havendo médico específico para o cuidado das mulheres²². Após o ano de 1857 até 1890, as substituições ocorridas no quadro médico

foram muito pontuais, sendo comum que um mesmo médico servisse à Instituição por longo espaço de tempo: Dr. Porfírio Joaquim de Macedo, conforme foi possível identificar pela amostragem de fontes, serviu à Misericórdia entre os anos de 1855 e 1872. Situação similar ocorreu com o Dr. Domingos Gonçalves Ramos (1857 até, ao menos, 1872). No relatório de 1867 apareceria a figura de outro médico, Dr. Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, que prestou seus serviços à Santa Casa até 1872. Naquele mesmo ano, em seu lugar, entraria uma figura emblemática para o hospital nas décadas seguintes: Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho²³, que atuaria como cirurgião e médico até 1889 (com algumas breves saídas e retornos) e de 1892 a 1893. Barcellos Filho nasceu em Porto Alegre, fevereiro de 1845, e faleceu na mesma cidade, em setembro de 1923. Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1870.

Foram poucas as modificações ocorridas até 1889 no hospital da Misericórdia, e ainda mais, direcionadas para o atendimento às mulheres, visto que continuava a contar somente com uma enfermaria específica para mulheres. Dentro do examinado até aquele ano, no que se refere à participação de Barcellos para alguma alteração ou benfeitoria no hospital, parece que os seus esforços se resumiram, conforme as fontes disponíveis, a instigar a provedoria a adquirir um “arsenal cirúrgico”, em 1883. Dentro do vasto arsenal descrito pelo médico, destacam-se diversos instrumentos utilizados para a ginecologia e obstetrícia. Nos relatórios analisados, os provedores não poupavam elogios a Israel Barcellos, principalmente por este atender de forma gratuita os expostos da Misericórdia, mesmo quando ainda recebia vencimentos pelo trabalho no hospital²⁴. Ainda assim, parece que o carisma de Barcellos não foi o suficiente para obter, junto à alta administração, a compra do arsenal cirúrgico²⁵.

A relação dos instrumentos necessários para a enfermaria de cirurgia incluía diversas especialidades, entre elas as de moléstias das senhoras; fístulas vésico-vaginais; ovariectomia; partos. Dentro dessas especialidades, eram arrolados mais de 60 itens (cada um deles em diferentes quantidades)²⁶. Podemos ponderar que, se por um lado tal listagem demonstra a busca pela qualificação do serviço e o aprofundamento das especialidades médicas, por outro, ilustra a precariedade dos atendimentos prestados (sob o olhar da ciência médica), dada a ausência (ou estado precário) de tais instrumentos, até aquele momento.

Barcellos Filho, em 1884, assumiu o cargo de médico-diretor do hospital (o que iria se repetir até 1889 e, depois, em 1892)²⁷. Seria também no ano de 1884 que entraria, como provedor da Misericórdia, Joaquim Pedro Salgado²⁸, que se relacionava muito bem com Barcellos Filho, tendo o nomeado como diretor (e pela criação deste cargo). Não raras vezes, Salgado prestava elogios ao médico nos relatórios anuais. Pedro Salgado

permaneceu provedor até o ano de 1889, período de cinco anos que ficou marcado pelo início das modificações mais radicais na organização e estrutura do hospital e que iriam se tornar maiores e mais profundas, a partir de 1890.

Foi durante a passagem de Salgado como provedor que também, pela primeira vez, viu-se referência à constituição de uma “comissão médica” para avaliar problemas do hospital e realizar indicações sobre as reformas mais urgentes que precisavam ser empreendidas, sob olhar da medicina. Além disso, Pedro Salgado teria sido o primeiro provedor a ter chamado a atenção para a necessidade da criação do cargo de médico residente²⁹. Mesmo que tal cargo não tenha sido criado, há evidências de que outras reformas importantes foram realizadas no hospital. Como exemplo disso, no relatório de 1889, o mesmo provedor indicou que: “Em 19 de março de 1887, dei regulamento ao serviço sanitário do Estabelecimento e criei a sala do Banco para consultas diárias de doentes pobres cujas posses permitem o tratamento em seus domicílios ou cujas moléstias não requerem a entrada no hospital”³⁰.

A principal finalidade da sala do banco era a de desafogar as enfermerias da Santa Casa, que se encontravam ocupadas acima da capacidade, conforme relatado pelos provedores ao longo dos anos examinados. Esses enfermos, após a consulta, com posse da receita médica, dirigiam-se à botica da Misericórdia³¹ a fim de retirarem, gratuitamente, o remédio indicado, para se curarem em suas próprias casas. Joaquim Pedro Salgado, ao término de sua gestão encaminhou, ainda, a criação de uma maternidade e de uma enfermaria para crianças³². Foi a primeira vez que se observou, na documentação do hospital, menção sobre a necessidade da criação de maternidade e enfermaria específica para moléstias de crianças. Observa-se assim, de forma incipiente, maior atenção para o atendimento das mulheres e, dentro disso, para a medicina da mulher. De fato, tais ações dariam o tom das mudanças que ressoariam no hospital da Misericórdia nos anos seguintes.

Em 1890, com a eleição de nova Mesa, o médico Ramiro Fortes de Barcellos³³ foi escolhido Provedor e o seu colega de formação, Victor de Britto³⁴, como vice – a primeira vez em que médicos assumem o cargo mais alto da Misericórdia. Logo após a posse, passariam a atender no hospital outros médicos que faziam parte das redes profissionais e sociais dos recém-eleitos, incluindo, sócios da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Os novos médicos, juntamente com Barcellos e Britto, atuaram no hospital daquela Sociedade³⁵.

Empreendida a posse da nova Mesa e a incorporação dos novos médicos, observou-se disputas entre esse grupo e os antigos médicos da Misericórdia. Tais diferenças pareciam estar ligadas a questões profissionais, políticas e particulares. Em um curto espaço de tempo, Barcellos Filho e Luiz Masson foram afastados:

“Tendo-se exonerado dos cargos que exerciam os drs. Israel Rodrigues Barcellos Filho e Luiz Nicolao Masson, entendi conveniente reorganizar o serviço médico do hospital, dividindo-o por maior número de facultativos, a fim de poderem ser melhor atendidos os enfermos que procuram o Pio Estabelecimento”⁵⁶.

Procedido o afastamento, assim passava a se organizar o hospital, com o respectivo nome dos médicos e das enfermarias existentes e, também, as recém-criadas:

Dr. João Adolpho Josetti
Diretor da enfermaria de cirurgia de homens;

Dr. Sebastião Affonso de Leão
Adjunto da enfermaria de cirurgia de homens;

Dr. Serapião Mariante
Diretor da enfermaria de medicina de homens;

Dr. João Plinio de Castro Menezes
Diretor da enfermaria de medicina de mulheres;

Dr. Protasio Antonio Alves
Diretor da enfermaria de ginecologia e partos;

Dr. Deoclécio Sertorio Pereira da Silva
Adjunto da enfermaria de ginecologia e partos;

Dr. Alberto de Campos Velho
Diretor da enfermaria de inválidos e expostos;

Dr. Victor de Britto
Diretor da enfermaria de oftalmologia;

Dr. Oscar Noronha
Adjunto da enfermaria de oftalmologia;

Dr. João Damasceno Ferreira
Diretor da sala do banco;

Dr. Olympio Olinto de Oliveira
Diretor do dispensário de crianças³⁷.

Nota-se considerável aumento no número de enfermarias e de médicos, sendo que cada enfermaria passava a ser organizar e laborar por meio de um diretor e um adjunto. Tão importante quanto o crescimento do número de médicos, observa-se a criação da enfermaria de ginecologia e partos e do dispensário de crianças, para além da já existente enfermaria de medicina de mulheres.

A enfermaria de ginecologia e partos foi estabelecida no local onde se encontrava, anteriormente, a antiga enfermaria dos

alienados³⁸. Essa enfermaria era dividida em sete peças: enfermaria geral; sala de partos; de isolamento (não indica para quais casos de atendimento); de operações; de exames; quarto de banho; de enfermeiras e depósito de utensílios de serviços³⁹. E naquele espaço (que não conseguimos identificar a metragem), incluía-se a enfermaria de medicina de mulheres. Todas foram providas de roupa de cama e camisolas novas⁴⁰. Além disso, fora colocado em prática um “plano de reformas das enfermarias” em que quase, senão todas as enfermarias, passaram por reformas, ainda que superficiais (tal como pintura das paredes). Mas, as reformas não foram somente essas, visto que também foi dado aumento aos vencimentos dos funcionários das enfermarias.

E nesse sentido, observa-se que o atendimento às mulheres sempre constava na pauta das atenções daqueles médicos, principalmente, por meio da obstetrícia e da ginecologia. Conforme identificado, a preocupação com essas especialidades na Santa Casa foi bem mais além da criação (1890) da enfermaria de ginecologia e partos do diretor Protasio Antonio Alves. Em 1897 se daria a criação, no interior do hospital, de um “Curso de Partos”, assim narrada em relatório pelo provedor Tenente – Coronel Antonio Soares de Barcellos:

“Os ilustrados e provectoros facultativos Protasio Alves, Deoclécio Sertorio Pereira da Silva, Carlos Frederico Nabuco e Sebastião Affonso de Leão, aos quais este Pio Estabelecimento deve assinalados serviços, tiveram a feliz inspiração de nele fundarem um curso livre de partos, com o fim de preparem praticamente as senhoras que desejassem exercer a profissão de parteiras. A utilidade da medida é de fácil intuição. A cidade já assaz populosa, contendo não poucos arrabaldes com grande número de habitações, não conta entretanto com relativo pessoal habilitado para atender a todas as parturientes, resultando desta falta a perda de muitas mães de família, ou, pelo menos, contrair-se enfermidades que passam a ser o tormento de uma curta existência. Logo que tive conhecimento de tão nobre iniciativa, não só permiti que o curso funcionasse no serviço de obstetrícia do hospital, como providenciei para que fossem fornecidos os móveis necessários; e, completando o arsenal cirúrgico da enfermaria, autorizei a sua instalação no ensino. O curso foi inaugurado a 5 de abril com dez alunas, algumas das quais auxiliam no serviço daquela enfermaria”⁴¹.

Contextualizando as informações trazidas por Barcellos no que toca à motivação da criação do curso, é importante demonstrar dados sobre a quantidade de partos realizados na Santa Casa desde o início das atividades da enfermaria de ginecologia e partos⁴² (destacando que no período anterior à inauguração da enfermaria, eram raríssimos os casos de realização de parto na

Instituição, podendo se passar meses ou anos sem essa ocorrência): em 1890, 4 partos; em 1895, 12 partos, e em 1896 soma de 40 partos. Destaca-se que em 1890 foram realizados 4 partos “a termo natural”⁴⁵. Infelizmente, para os anos de 1891, 1892, 1893 e 1894 não foram trazidos os procedimentos realizados pela dita enfermaria. Nota-se, por meio dos dados apresentados, o considerável crescimento do número de mulheres que passaram a procurar a Santa Casa para a realização do parto.

Já no relatório de 1897, observa-se o crescimento da complexidade dos procedimentos e intervenções realizadas naquela enfermaria:

“26 partos sem intervenção ou com pequenas intervenções. 2 ditos que reclamaram versão podalica [sic]; sendo um por apresentação transversa e outro por necessidade de uma intervenção rápida por causa de hemorragia em placenta prévia. Neste caso praticou-se a dilatação do colo e fez-se a intervenção logo que foi possível a introdução de mão. 2 ditos que reclamaram a aplicação de fórceps: um por necessidade de tornar rápido o delivramento [sic] por causa dos ataques de eclampsia, e o outro para vencer a resistência do períneo em caso de contrações fracas”⁴⁴.

Em seguida também são descritos os demais procedimentos realizados:

“12 curetagens de útero. 1 Kolpo-períneo-raphia [sic]. 1 Polypo [sic] uretral (extirpação). 15 delivramentos [sic] artificiais. 2 fistulas retro-vaginais. 4 extirpações completas do seio por causa de cancros. 1 grande lipoma que estendia-se do braço ao tórax (extirpação). 1 trepanação do externo por causa de abscesso retro-external [sic]. 1 curetagem da clavícula por periostite [sic]. 1 esvaziamento do fêmur por osteo-myelite [sic]. 1 amputação do braço no colo cirúrgico, por esmagamento. 1 extirpação de bala da região lombar (ferimento penetrante do fígado e rim). 15 abscessos em várias regiões. 1 embriotomia [sic]. Dessas doentes apenas uma faleceu: foi a afetada de eclampsia, que teve, depois do delivramento e apesar de toda a medicação aconselhada em casos tais, mais 21 acessos convulsivos”⁴⁵.

É possível inferir, a partir desses dados, que a enfermaria de “ginecologia e partos” (denominação assim trazida na descrição da enfermaria no relatório⁴⁶) era, na realidade, uma enfermaria de *cirurgia de mulheres e parto*. De todo modo, independentemente da pluralidade de intervenções realizadas, nota-se cada vez mais a procura de mulheres pelos serviços da dita enfermaria, e ainda, a maior especialização dos procedimentos médicos nela prestados⁴⁷.

MEDICINA E SAÚDE DA MULHER, AO FIM DO SÉCULO XIX

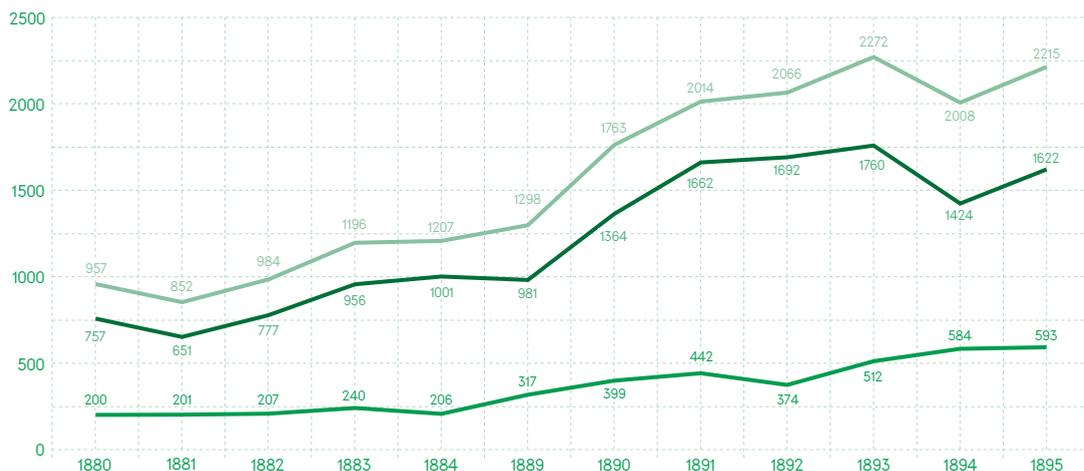


Gráfico 1
Internações no hospital da Misericórdia de Porto Alegre, entre os anos de 1880 e 1895

Fonte: Livro de matrícula geral dos enfermos n.º 5 ao 9, 1883-1899. Relatório da Santa Casa de Misericórdia (1850-1884; 1889-1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Ao finalizar este texto, apresentamos gráfico que quantifica as internações na Misericórdia de Porto Alegre ao longo dos anos de 1880 a 1895, por sexo, que ilustra o crescimento do atendimento às mulheres, muito possivelmente como resultado dos processos aqui demonstrados. Há também de se destacar o crescimento da procura do hospital pela população de modo geral, o que também vinculamos às modificações empreendidas naquele espaço: [Gráfico 1]⁴⁸

— Total
— Masculino
— Feminino

Notas

1. Martins, Ana Paula Vosne, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.
2. Martins, Ana Paula Vosne, *Visões do feminino...*, p. 119.
3. Martins, Ana Paula Vosne, *Visões do feminino...*, p. 120. Para mais informações sobre os aspectos mais gerais em torno da criação e desenvolvimento da medicina da mulher, seja em nível mundial ou brasileiro, consultar os capítulos: “A Ciência Obstétrica”, “A Ciência da Mulher” e “A Obstetrícia e a Ginecologia no Brasil”.
4. Oliveira, Daniel, *Morte e vida feminina: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900)*, 293f, Dissertação (Mestrado em História) - IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
5. Fundação de Economia e Estatística, *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul - Censos do RS 1803-1950*, Porto Alegre, 1981.
6. Imigrantes italianos, alemães, espanhóis entre outros. Destaca-se que muitos imigrantes, ao não encontrarem as condições de trabalho desejadas no interior, direcionavam-se para a capital buscando melhores oportunidades. Outros, não podemos desconsiderar, estabeleciam-se diretamente em Porto Alegre. Xavier, Regina Célia Lima, Tratos e contratos de trabalho: debate em torno de sua normatização no século XIX, In. *História em Revista*, Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, nº. 10, dez., 2004, p. 201-210.
7. O Censo de 1872 teve os seus dados contestados por não considerarem, para a população escrava, o censo específico da matrícula de escravos. Slenes, Robert, *The demography and economics of Brazilian slavery, 1850-1888*, Tese de Ph.D., Stanford University, 1976. Slenes, Robert, “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”, *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr., 1983. Araújo, Thiago Leitão de, Novos Dados sobre a Escravidão na Província de São Pedro, In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011, Marcondes, Renato Leite, Fontes censitárias brasileiras e posse de cativos na década de 1870, *Revista das Índias*, 2011, vol. LXXI, n. 251, p. 251-258.
8. Tavares, Mauro Dillmann, *Irmandades, Igreja e Devoção no sul do Império do Brasil*, São Leopoldo, Oikos, 2008, p.122.
9. Para maior aprofundamento sobre a criação da Irmandade da Santa

Casa de Misericórdia de Porto Alegre, recomendamos: Tomaschewski, Cláudia, *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre*, Brasil, c. 1847 - c. 1891, 2014, 242 f. Tese (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, 2014. Estudo mais antigo, ver: Porto Alegre, Augusto. *A fundação de Porto Alegre*. Porto Alegre, Tipografia da Livraria do Globo, 1906, p. 107.

10. Não podemos desconsiderar que as irmandades da Santa Casa também tinham como objetivo a congregação dos homens mais poderosos da dada cidade ou região.

11. Ver: Flores, Moacyr, *A casa dos expostos*, Porto Alegre, *Estudos Ibero-americanos*, 1985, XI, (2) dez. p. 49-59.

12. Deve-se também mencionar, conforme trazido por Charles Boxer, que as Santas Casas de Misericórdia, em conjunto das Câmaras Municipais, constituíam-se como as principais instituições estruturantes das sociedades fundadas pelo Império Português Ultramarino. Boxer, Charles R, *O império marítimo português (1415-1825)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, No que toca à bibliografia especializada recente sobre as Santas Casas de Misericórdia, assim como, os seus papéis em Portugal e Império Ultramarino, recomendamos: Abreu, Laurinda Faria dos Santos, *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal de 1500-1755: aspectos de sociabilidade e poder*, Setúbal, Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, 1990. Araújo, Maria Marta Lobo de, “Charity practices in the Portuguese brotherhoods of Misericórdias (16-18 centuries)”, in Abreu, Laurinda (ed.) *European Health and Social Welfare Policies*. Blansko, Compostela Group of Universities, 2004, pp. 277-296. Paiva, José Pedro (Coord. Científico), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. I, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa, União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

13. No sentido em que visavam, sob diversas formas, prestar socorro aos pobres e desassistidos. Ver: Araújo, Maria Marta Lobo de, *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*, Barcelos, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000. Wood, A. J.

R., *Fidalgos e filantropos*: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755, Brasília, Universidade de Brasília, 1981, p. 2-3.

14. Neste sentido, ver: Araújo, Maria Marta Lobo de, *Enquanto o mundo durar*: João de Meira Carrilho e o legado instituído na Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII), Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2017. Em relação à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Weber, Beatriz Teixeira, *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*, disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf>, acesso em jul. 2010.

15. Relatório da Santa Casa de Misericórdia (1850-1884; 1888-1910). Livro de Atas da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre N.º. 11, 1882-1900. Documentos sob guarda do Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

16. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1855, p. 4.

17. Vide contracapa do relatório de 1857: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1857.

18. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1855, p. 4.

19. O relatório de 1855 é rico em informações mais detalhadas, ao tratar do pessoal das enfermarias: “O estabelecimento está muito bem servido com o 1º Enfermeiro Antônio Ferreira de Lacerda, porque, além de muita prática e atividade, nunca abandona nem relaxa o cumprimento de seus deveres; e não o está menos como o 3º Enfermeiro João Bekman, no serviço que lhe corresponde, de somente tratar dos enfermos de Cirurgia, porque além de caritativo, tem a prática de mais de 15 anos, adquirida neste Hospital, onde foi recolhido como enfermo e ainda o é, passando depois a servir de enfermeiro de Cirurgia. O 2º Enfermeiro Antonio Ignácio, ainda que tenha bons desejos, pouco pode fazer, por sua avançada idade e por isso mesmo e pela falta de habilitações, não pode servir para substituir o 1º Enfermeiro em suas faltas, mas é lugar sempre difícil de preencher bem, por causa do pequeno ordenado. Está também o hospital muito bem servido com a atual enfermeira das mulheres, Demenciana Flora da Fonseca, que além de ser mulher capaz, ocupa-se com toda a caridade e desvê-lo no tratamento das enfermas a seu cargo, e no serviço da respectiva enfermaria, e nas horas que

lhe restam emprega-se com algumas das Serventes nas costuras do Hospital. Seus bons serviços sendo reconhecidos pela Mesa Transata, esta elevou seu ordenado a 32\$000 réis mensais”. Nota-se também, como no caso de Demenciana, que as funções do enfermeiro eram muito variadas, podendo ser incorporadas outras atividades não relacionadas ao cuidado com os enfermos (principalmente para uma mulher que ocupasse tal função). Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1855, p. 5. O primeiro curso profissional para enfermeiros, no Brasil, somente seria criado em 1890, por meio do Decreto N. 791 de 27 de setembro daquele mesmo ano. Parecia ser mais voltado para o tratamento de alienados, pois, conforme consta em sua ementa: “Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890, disponível em <http://www2.camara.gov.br>.

20. Relatório da Santa Casa de Misericórdia. 1855, p. 9. Nota-se que o hospital tinha seus serviços permeados pela mão de obra de negros africanos (advindos do tráfico ilegal de africanos para o Brasil). Conforme identificado, os africanos exerceriam funções: “[...] no serviço do Cemitério, outros no da cocheira, e outros finalmente nas Enfermarias, Cozinha, Botica e Capela, empregados como serventes; e para prestarem melhor serviço, mandei ensinar a um o ofício de ferrador para se empregar na ferragem das mulas da cocheira, como outros já lá existem servindo de cocheiros e bolieiros; a outro o ofício de funileiro, para fazer consertar o vasilhame das Enfermarias [...] e ao servente da Capela o ofício de armador para os misteres da mesma Capela e do Estabelecimento pelo que respeita a este ofício, e estando já todos adiantados, convém que continuem, para se chegar ao fim que se teve em vista”. Ricardo de Lorenzo, no segundo capítulo de sua dissertação, realiza análise sobre a relação da Misericórdia e o trabalho escravo. Ver: Lorenzo, Ricardo de, *E Aqui Enloqueço - a alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1872)*, 2007, 264 f. (Mestrado em História), Programa de pós-graduação em História, UFRGS, 2007.

21. Ver quadro de pessoal do hospital, anexo ao relatório. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1884.

22. Cabe destacar que as fases anteriormente relacionadas foram pensadas considerando fatores para

Notas

além do número de médicos atuantes nas enfermarias.

23. Segundo verificamos, Barcellos “Era filho do Dr. Israel Rodrigues Barcellos e de sua esposa Dona Maria Josepha Pinto Bandeira Freire. Por parte paterna, descendia da antiga família pelotense do Comendador Boaventura Barcellos, este também médico de renome, na cidade de Pelotas. Por parte materna era neto do Cel. Vicente da Silva Freire e bisneto do Brigadeiro Raphael Pinto Bandeira. O Dr. Barcellos Filho, foi casado com Dona Maria Luiza Fernandes, sem que houvesse filhos do casal”. Blog da Dra. Glaci (Assuntos relacionados a história da Homeopatia e da Medicina em geral), Pioneiros da homeopatia – Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho – Porto Alegre 1845-1923, disponível em [http://glaciblog.blogspot.com], acesso em nov. 2011. Fonte utilizada pela autora: Boletim de Homeopatia, junho de 1953, Órgão oficial da Liga Homeopática do Rio Grande do Sul, Redação, Av. Otavio Rocha 116.

24. A partir de 1882, Israel Barcellos passaria a atender, também no hospital, gratuitamente. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1882.

25. Em 1884, o Provedor Joaquim Pedro Salgado relatava: “conquanto já o ilustrado clínico Dr. Barcellos Filho tivesse catalogado os instrumentos mais recomendados pela ciência e necessários para o serviço do hospital; ainda não foi possível adquiri-los”. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1884, p. 4.

26. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1883, Quadro n. 8, Relação dos instrumentos precisos para compor o Arsenal Cirúrgico.

27. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1884.

28. O Coronel Joaquim Pedro Salgado nasceu em Alegrete (1835) e morreu no Rio de Janeiro, em 1906. Foi militar e político, participando na Guerra contra Rosas e da Guerra do Paraguai. Ao final do conflito assumiu posto na secretaria da fazenda, onde se aposentou depois. Foi membro do partido liberal (também monárquico), tornando-se várias vezes deputado provincial e geral. Tomou parte da Revolução Federalista como membro do partido federalista, sendo obrigado a se refugiar no Uruguai, de onde se mudou, para o Rio de Janeiro. Porto Alegre, Achylles, Homens Ilustres do Rio Grande do Sul, Livraria Selbach, Porto Alegre, 1917.

29. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1884, p. 6.

30. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1888/1889, p. 3.

31. Desde a década de 1850 são encontradas informações sobre a existência dessa repartição. A botica contava com, ao menos, um boticário ou farmacêutico e um ajudante. Havia, também, um mordomo específico para a botica. Não raro, a botica era a repartição que mais gerava custos para a Pia Instituição. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1882, p. 7.

32. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1882, p. 4.

33. Nasceu em Cachoeira do Sul em agosto de 1851 e faleceu em janeiro de 1916, em Porto Alegre: “Fora cronista polêmico, desde os bancos escolares da faculdade. Na vida política, depois de ser eleito constituinte pelo partido Liberal, transferiu-se para o lado de Júlio de Castilhos, sendo um dos seus maiores e mais fiéis aliados, desde os primeiros passos na fundação do Partido Republicano Rio-Grandense. Cronista do jornal de Júlio de Castilhos, *A Federação*, Ramiro Barcelos publicou inúmeras crônicas, geralmente, de crítica mordaz sobre assuntos políticos e a pessoas. Dentre essas, podemos destacar a Carta a D. Isabel, na qual ataca a política da regente. Oficial das tropas de Pinheiro Machado na Revolução de 1893”. Manfro, Waldomiro, Médicos escritores: uma longa e contínua tradição, Wwlvivos, Sem data, disponível em: [http://medicosescritores.com.br/], acesso em out. 2011.

34. Algumas informações sobre Britto: “Victor de Britto nasceu em Valença (Bahia) a 15 de outubro de 1856 e faleceu em Porto Alegre a 24 de outubro de 1924. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1878. [...] Na atividade política, foi deputado federal pelo Rio Grande do Sul, entre 1912 e 1914, e, como escritor, além de uma série de trabalhos envolvendo sua área de formação, escreveu O sufrágio universal e a democracia representativa (1903), Paradoxos do gênio (1906), A Reforma do Ensino e A Personalidade Olavo Bilac (1916). Treze anos após o encerramento da Revolução Federalista, Victor de Britto publicou seu “estudo crítico de filosofia política” sobre Gaspar Martins e Júlio de Castilhos. Neves, Francisco das. *Silveira Martins x Júlio de Castilhos: A Personalização do Conflito Federalista: um estudo de caso*, Biblos, Rio Grande, 9: 35-44, 1997, p. 36.

35. Relatório da Sociedade Portuguesa de Beneficência, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 e 1900, Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

36. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890, p. 6.

37. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890, Quadro N.º 15, quadro do pessoal da Santa Casa de Misericórdia e respectivos vencimentos.

38. Desativada em 1884, com a inauguração do Hospício São Pedro no mesmo ano (nos seus primeiros anos, também administrado pela Irmandade da Misericórdia), instituição e prédio que permanecem ativos na cidade de Porto Alegre, na atualidade.

39. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890, p. 9.

40. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890, p. 6-9.

41. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1897, p. 16.

42. De acordo com os dados dos relatórios da provedoria. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890, 1895 e 1896.

43. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890.

44. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1897, Relação dos trabalhos executados na enfermaria de cirurgia de mulheres e partos, durante o ano de 1897, p. 12-13.

45. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1897.

46. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1897, p. 13.

47. Em 1890 os procedimentos executados foram (seguido do número de casos): "Extirpação dos gânglios da axila por degenerescência cancerosa: 1; excisão do tecido conjuntivo de nova formação circunvizinha à úlcera caldea [sic]: 1; parto a termo natural: 4; abscessos do seio: 2; extirpação completa do seio por causa de carcinoma: 3; dilatações de abscesso em diversas regiões: 13; recessão da parte horizontal do maxilar inferior: 1; traqueotomia em uma criança de 2 anos: 1". Nota-se que os procedimentos cirúrgicos em crianças eram também realizados na enfermaria de cirurgia feminina. Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1890.

48. Extraído de: Oliveira, Daniel, *Morte e vida feminine...*, p. 226.

CHRISTIANE MARIA CRUZ DE SOUZA*

Misericórdia para os ribeirinhos: Assistência e Saúde no Interior do Brasil da Primeira República

* Professora aposentada
do Instituto Federal de
Educação, Ciência e
Tecnologia da Bahia (IFBA)

Neste capítulo, pretende-se discutir o modelo adotado pelos poderes públicos, em parceria com as elites regionais e locais, para prestar assistência à saúde aos desvalidos, em período subsequente à abolição do regime escravista e à instauração da República no Brasil. O argumento a ser desenvolvido no texto é que irmandades denominadas Santa Casa de Misericórdia foram criadas durante a Primeira República com o objetivo de fundar hospitais em regiões geopolíticas e economicamente estratégicas para a Bahia e para o Brasil. Para esse texto, escolheu-se como caso exemplar o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro, cidade situada no semiárido baiano, às margens do rio São Francisco, importante hidrovia cuja bacia permitia a circulação de bens e pessoas no interior do país.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro foi fundada no final do Império, em 1885, mas o hospital só foi inaugurado em 1892, no alvorecer da República. Através do estudo dessa confraria, objetiva-se compreender como o Estado se estruturou e ofereceu assistência pública através de instituições privadas e como isso se refletiu na conformação do poder político nos âmbitos regional e local. Pretende-se, igualmente, analisar o contexto em que a Irmandade se formou e passou a atuar, caracterizar os seus integrantes e os alvos das ações beneficentes, na expectativa de contribuir para o debate sobre as permanências e transformações ocorridas nesse modelo de assistência na longa duração.

Para apoiar a discussão, recorreu-se a fontes primárias, muitas delas inéditas, como os Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro, publicados em 1897 e 1898. Outras fontes primárias, como mensagem do governador, anuário estatístico, a legislação em vigor, relatório de expedição científica, livros de memorialistas e de historiadores, etc., aliadas à literatura especializada nas diferentes questões abordadas no texto, contribuíram para enriquecer as reflexões apresentadas a seguir.

O sertão, o rio, a cidade e o ribeirão

Juazeiro nasceu às margens do rio São Francisco, no cruzamento desta via fluvial com uma antiga estrada que levava ao Maranhão, em uma vasta região que, desde o século XVIII, esteve voltada para a criação de gado.¹ Por caminhos líquidos e de terra, traçados, originalmente, pelos índios, transitaram vaqueiros tangendo o gado, bandeirantes em busca de metais preciosos, ervas medicinais e de apresamento de índios, tropeiros com suas cargas, naturalistas, missionários, mascates, dentre outras personagens.²

Em um ponto onde era mais fácil transpor o rio, em direção a outras regiões do interior da Bahia e do Brasil, estabeleceu-se um lugar de pouso. O sítio ficou conhecido como “Passagem do

Juazeiro” por conta das árvores dessa espécie que ali existiam e sob a sombra das quais podiam abrigar-se os que por ali transitavam. Em 1706, estabeleceu-se, nas cercanias, um aldeamento indígena administrado por frades franciscanos. Ali foi erguida uma igreja para entronar uma imagem de Nossa Senhora, encontrada por um vaqueiro, em uma gruta, às margens do rio. De lugar de passagem e pouso, a freguesia de Nossa Senhora da Grota do Juazeiro (1766) virou centro de romaria. Em 1878, a vila, finalmente, foi elevada à condição de cidade.⁵

Juazeiro ocupava posição estratégica na região – daquele porto fluvial partiam embarcações que percorriam a bacia hidrográfica constituída pelo rio São Francisco e seus afluentes. Com 2.700 km de extensão, o rio São Francisco interliga vasto território do Brasil, que vai da região Sudeste à Nordeste – nasce na Serra da Canastra, em Minas Gerais, atravessa parte desse estado, estendendo-se pela Bahia, Pernambuco, Sergipe e Alagoas, onde, por fim, deságua no Atlântico.⁴ Por sua localização no interior do território brasileiro, pela extensão e abrangência da sua bacia hidrográfica, o rio passou a figurar na agenda geopolítica do Império. Expedições exploradoras estudaram a sua navegabilidade e apontaram para a possibilidade de integração nacional através daquela importante hidrovía.⁵ Os entusiastas do projeto sonhavam quebrar o isolamento, civilizar o sertão, viabilizar o escoamento da produção e o comércio da região com outros centros nacionais e internacionais.

A partir da segunda metade do século XIX, o projeto de integrar o interior do país ao litoral começou a tomar corpo com a construção das ferrovias *Bahia and San Francisco Railway*, Bahia e Minas e Central do Brasil.⁶ Em razão de ser a distância mais curta entre a seção navegável do Rio São Francisco e o porto de Salvador, a cidade de Juazeiro foi escolhida para ser o ponto terminal da estrada de ferro *Bahia and San Francisco Railway*.⁷ Iniciadas em 1858, as obras da ferrovia estacionaram em Alagoinhas por muitos anos, só alcançando Juazeiro em 24 de fevereiro de 1896.

Enquanto o projeto da ferrovia não se concretizava, intensificaram-se os estudos sobre a navegabilidade do rio São Francisco e sobre o uso de barcos à vapor em sua bacia hidrográfica. Apoiando-se nas pesquisas realizadas, em 1882, o governo central mandou desobstruir as cachoeiras existentes entre o povoado de Santana, Juazeiro, Petrolina, Capim-Grosso e Boavista. Após o desbloqueio daquele trecho do rio, o movimento de embarcações entre o porto de Jatobá, ponto terminal da via férrea de Paulo Affonso, e o Alto São Francisco só fez aumentar, dinamizando o comércio no vale do grande rio.⁸

Integrante da Comissão Hidráulica que percorreu o São Francisco entre agosto de 1879 e janeiro de 1880, Teodoro Sampaio visitou diversas cidades, vilas e povoados situados entre a foz do rio, em Alagoas, e Pirapora, em Minas Gerais. O engenheiro ficou encantado com Juazeiro. Para Sampaio, a cidade tinha o aspecto

“de uma corte do sertão” – as ruas eram extensas, a praça central arborizada, as construções possuíam “certo gosto arquitetônico”, que se podia observar na igreja matriz e no teatro.⁹ Ademais, o porto, “profundo e amplo”, exibindo “uma verdadeira frota fluvial”, o comércio “animado” e a população “alegre e ativa” conferiam à cidade um ar de progresso, de riqueza, que a distinguiu das demais comunidades ribeirinhas.¹⁰

Na altura, Juazeiro possuía 10.693 habitantes.¹¹ Segundo Wilson Lins, muitos libertos oriundos dos engenhos de Pernambuco, Paraíba e Alagoas se dirigiram para a região nos anos subsequentes à abolição do regime escravista. Para Lins, além do desejo de se distanciarem dos lugares onde foram cativos, eles contavam com a possibilidade de trabalho e ganhos com a extração da borracha de maniçoba, produto de grande valor comercial naquele período. O declínio dos engenhos de açúcar no Nordeste também contribuiu para atrair para a região brancos pobres e gente com algum dinheiro, em busca de oportunidades no comércio.¹²

A cidade de Juazeiro tinha um comércio diversificado – recebia da capital e revendia na região artigos importados da Europa; comprava e comercializava sal, farinha de mandioca, rapadura, peles, borracha e outros produtos do vale do São Francisco e dos estados vizinhos.¹³ A sua área de influência comercial ia de Cabrobó, em Pernambuco, à Januária, em Minas Gerais, alcançando também os sertões do Piauí, por Oeiras e Paranaguá, e os do atual estado do Tocantins, por Palmas e Natividade. Não à toa, Juazeiro recebeu o epíteto de “empório do sertão”.¹⁴

A maioria da população urbana estava envolvida no negócio de exportação e importação ou empregada nas casas de comércio. A cidade contava com serviços diversificados, que absorviam o trabalho de juristas, médicos, farmacêuticos, professores, funcionários públicos, jornalistas, tipógrafos, alfaiates, costureiras, pedreiros, dentre outras profissões urbanas. O município possuía quatro fábricas de cigarros e charutos, 20 engenhos e pequenas manufaturas que empregavam a mão-de-obra local. Nas terras dos grandes fazendeiros ou nas barrancas dos rios, pequenos sítiantes cultivavam uma lavoura de produtos de primeira necessidade, trabalhavam nas “casas de farinha” e no manejo e pastoreio de animais de criação.¹⁵

Por ser um porto fluvial movimentado, ali se instalaram os trabalhadores ligados ao sistema de navegação de cabotagem do rio São Francisco e afluentes.¹⁶ A maioria dos barqueiros do São Francisco residia em Juazeiro. Ali eram contratadas as viagens de “carreira inteira”, que ia de Juazeiro, na Bahia, a Pirapora, em Minas Gerais; de “carreira grande”, que ia Juazeiro, na Bahia, a Januária, em Minas Gerais; e de “meia carreira”, que ia de Juazeiro a Santa Maria da Vitória, no rio Corrente, ou de Juazeiro a Barreiras, no Rio Grande.¹⁷

A duração da viagem era determinada pela extensão do trecho a ser percorrido, pelas limitações das embarcações e dificuldades de navegação naquela hidrovia e pelo ritmo do comércio ao longo do rio. Os barqueiros despendiam o tempo necessário para comprar e embarcar a produção das fazendas e comercializar as mercadorias em cada porto.¹⁸ As barcas tinham capacidade de carregar até 1000 arrobas de produtos, que eram comercializados nas comunidades ribeirinhas da seguinte forma: “na subida a principal carga é sal” e tecidos; na descida, café, milho, arroz, farinha, assucar [*sic.*], raspaduras, doces, couros, etc., tendo os primeiros lugares o café e a raspadura”.¹⁹ Os gêneros de primeira necessidade eram trocados ou vendidos conforme as condições do mercado.

Ao navegar pelo São Francisco, Teodoro Sampaio observou que nas terras próximas às barrancas do rio só se produzia o que era preciso para viver. Ao explorar áreas contíguas às margens, descobria-se “restos de uma plantação de milho, de abóboras, de batatas-doces, e mandioca, mas tudo em proporções minúsculas e muito pouco cuidadas” e, segundo ele, raras eram as cabeças de gado que se avistava. Nos pequenos povoados, as habitações eram pequenas e baixas, cobertas de palha, com portas feitas de mandacaru, de poucos cômodos, paredes enfumaçadas, mobília escassa, redes de algodão ou de palha, esteiras estendidas no chão de terra batida e água armazenada em grandes potes de cerâmica. A água de consumo era a do rio, pois, segundo a crença local, a água do São Francisco não se deteriorava.²⁰ Para Wilson Lins, nas terras marginais do São Francisco, vivia:

“uma população minguada de recursos materiais, mas de notável complexão física e forte envergadura moral. Os apertos e dificuldades da vida desamparada não tornam menos altiva aquela gente seca, batida pela seza²¹, pelas enchentes e vazantes gerais. Do pé da Serra da Canastra até às praias do Atlântico, derrama-se uma humanidade forjada na luta mais crua, perdida no esquecimento de mais de três séculos de abandono, dentro da imensidão do ermo desenganado.”²²

O pacto federativo ratificado pela Constituição de 1891, atribuiu aos estados a reponsabilidade de prover suas necessidades com recursos próprios. Todavia, no alvorecer da República, governadores da Bahia e intendentes municipais²³ alegavam falta de recursos orçamentários para fazer frente às demandas da saúde pública e da assistência social. A legislação previa a intervenção da União, quando requerida pelo ente federativo, e a atuação conjunta de estado e município na organização dos socorros públicos em épocas de epidemias ou por ocasião de algum tipo de calamidade pública.²⁴

Na altura, a assistência à saúde não era tratada como um direito do cidadão, como ocorre no Estado do Bem-Estar Social. A ausência de políticas públicas e a debilidade do Estado em

áreas distantes do centro político-administrativo contribuíram para que estas fossem dominadas por poderosos comerciantes e proprietários de terra. A autoridade do chefe local sobre os seus dependentes e sua supremacia sobre os rivais eram legitimadas pelo governo estadual, que lhe concedia a prerrogativa de indicar pessoas para exercerem cargos públicos no município e provia os recursos necessários para que se mantivesse no poder e atendesse às demandas de seus dependentes.²⁵

Os despossuídos sabiam que não contavam com a assistência direta do Estado. Nos momentos de necessidade, restava-lhes recorrer aos poderosos em busca de auxílio. Pelo “favor” recebido, o beneficiado ficava eternamente grato e em dívida com seu “benfeitor”, oferecendo em troca a sua fidelidade política, materializada em forma de voto nos períodos de eleição. Assim, à custa da distribuição de “favores” e benefícios sociais, políticos ou econômicos, ou mesmo por coerção, os chefes políticos locais controlavam aqueles que se qualificavam como votantes.²⁶

Para o líder político local, o grau de prestígio alcançado junto ao Governo do Estado era proporcional à quantidade de votos conseguidos no seu município ou na região. Ao mesmo tempo, os votos hipotecados pelos diversos chefes políticos ao governador contribuía para uma maior representatividade, autoridade e influência do estado no Governo Federal cujos representantes também se sustentavam no poder alimentados por sua base eleitoral. Para fortalecer e prestigiar um estado, o presidente da República distribuía cargos e, às vezes, liberava alguma verba para a realização dos projetos dos políticos da região. Esse sistema vigorou por longo tempo no Brasil, pois atendia às aspirações políticas e aos interesses econômicas dos que desejavam controlar o poder.

Misericórdia para os pobres ribeirinhos!

É no cenário delineado acima, que o médico José Inácio da Silva tem a iniciativa de fundar a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia em Juazeiro. Silva havia nascido no município, mas residiu na Capital do Estado, onde, em 1879, recebeu o grau de médico pela Faculdade de Medicina da Bahia.²⁷ Ainda em Salvador, o médico recém-formado revelou pendor pela filantropia ao abrir um consultório para atender os desvalidos. Por esse trabalho de beneficência, ficou conhecido como o “Médico dos Pobres”.²⁸

De volta à Juazeiro, Silva criou, em 1883, um curso noturno, gratuito, de gramática da língua portuguesa.²⁹ Infere-se que o trabalho de filantropia colocou o médico em uma posição de destaque, contribuindo para sua nomeação para o posto de

delegado de higiene no município.³⁰ Era da competência do Governo Estadual nomear delegados de higiene para realizar a vacinação e a estatística demográfico-sanitária nos municípios. A função não era remunerada, mas, em períodos de epidemias, o delegado de higiene tinha precedência sobre os demais médicos para tratar dos indigentes, recebendo, então, um pagamento por seus serviços. O posto conferia uma posição de autoridade, prestígio e ganhos políticos a quem o ocupava. Muitos médicos designados para o cargo ou indicados para tratar de doentes pobres, em períodos de epidemias, acabavam por ingressar na carreira política nos municípios onde atuaram.³¹

Investido na posição de autoridade pública como delegado de higiene, Jose Inácio da Silva convocou os mais proeminentes cidadãos juazeirenses para uma assembleia cujo objetivo era fundar uma Misericórdia na cidade. À reunião, realizada no dia 1º de junho de 1885, na casa do Conselho Municipal, compareceram 37 pessoas, entre as quais, figuravam os membros do Conselho Municipal, juristas, médicos, um padre, comerciantes, pecuaristas e proprietários de terras. Criada a Irmandade, aprovou-se o Compromisso, instituiu-se a Mesa e José Inácio da Silva foi eleito provedor da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro, permanecendo nesta função até 1906.³²

Homens de poder, representantes da elite local, ingressaram na Misericórdia de Juazeiro. No interior da Bahia, entre o final do século XIX e princípios do XX, os proprietários de terras, os pecuaristas e os donos de grandes firmas comerciais ocupavam o topo da pirâmide social. Em posição próxima a esta, situava-se a camada mais alta da classe média, identificada com a elite por comungar gostos, valores, educação e instrução, e, em geral, por algum tipo de vínculo ou parentesco com os mais abastados. Nessa condição estavam os profissionais liberais, como os médicos, juizes, advogados, engenheiros, que ostentavam o título de “doutor” ou “bacharel”. Os integrantes destes grupos, por possuir ou atribuir a si mesmos méritos, privilégios, capacidade intelectual e/ou aptidão, se colocavam em posição de autoridade para influenciar, agenciar e administrar as demandas da sociedade.

Pertencer a uma Misericórdia conferia prestígio e projeção social, ganhos simbólicos e materiais, que, certamente, atraíram os membros mais proeminentes daquela sociedade, bem como os que pretendiam ascender social e politicamente. Intencionalmente ou não, os que praticavam a filantropia adquiriam notoriedade, pois suas ações eram divulgadas até mesmo pelos fins a que se destinavam. Dessa maneira, os benefícios e favores prestados resultavam em vantagens políticas, sociais e econômicas para quem os distribuía.

O posto de delegado da higiene e posição de provedor da Santa Casa, seguramente, contribuíram para aumentar o prestígio de José Inácio da Silva e para a sua inserção no campo da política. Filiado

Figura 1
Santa Casa de
Misericórdia de Juazeiro

Fonte: Acervo da
Biblioteca Pública do
Estado da Bahia, Seção
Audiovisual, s/d.



ao Partido Conservador, Silva elegeu-se deputado à Assembleia Provincial da Bahia por duas legislaturas – de 1886 a 1889. Eleito deputado estadual constituinte em 1891, participou da elaboração da primeira Constituição do Estado da Bahia, ocupando posição de destaque na primeira legislatura do regime republicano, como líder de bancada e como presidente da Câmara. Aliado do ex-governador José Gonçalves da Silva, foi reeleito para a Legislatura de 1893 a 1894. Renunciou ao mandato em 1894, por ter sido eleito deputado federal, função que exerceu de 1894 a 1896.³⁵

A posição de destaque de José Inácio da Silva no cenário político acarretou vantagens e desvantagens para o provedor da Misericórdia de Juazeiro. Logo após a formação da Irmandade, Silva lançou-se em campanha para a construção do hospital. O projeto era grandioso, mas os recursos minguados. Inaugurado sete anos depois da criação da Misericórdia, em 2 de outubro de 1892, o hospital só começou a funcionar, timidamente, a partir de 1895.³⁴ No relatório de 1897, o provedor refere-se a empecilhos e dificuldades enfrentados desde o início da instituição. Infere-se, com base na documentação examinada, que os obstáculos tenham sido colocados por adversários políticos incomodados com o crescente prestígio de José Inácio da Silva.³⁵ [Figura 1]

Apesar dos entraves colocados pelos seus oponentes, a posição de destaque alcançada por José Inácio da Silva como deputado estadual e, depois, federal, certamente, concorreu para que recursos públicos fossem destinados à Irmandade. Na altura, a Irmandade não possuía patrimônio que gerasse renda para custear as despesas regulares e extraordinárias da instituição. Contudo, na Bahia da Primeira República, a parceria do estado com a iniciativa privada era fundamental para ampliar a oferta de assistência à pobreza.

CHRISTIANE MARIA CRUZ DE SOUZA

Finanças da Santa Casa de Juazeiro em 1896

Receita

Joia dos irmãos	210\$000
Donativos	936\$500
Subvenção do estado em 1895	4.000\$000
Subvenção do estado relativa aos meses de janeiro a outubro de 1896	3.333\$331
Saldo do ano anterior	424\$606
Total	8.694\$437

Despesas

Despesas com o hospital	4.968\$536
Despesas com tabelião	15\$840
Despesas dos procuradores Pedreira & Mandim	112\$331
Total	5.096\$707

Ativos

Saldo em caixa para o ano de 1897	1.542\$731
Importância existente na Caixa Econômica	4.000\$350
Importância existente no Banco Emissor	1.030\$000
Juros	192\$452
Débito da municipalidade relativo aos meses de março a dezembro de 1895 e ao ano de 1896	1.100\$600
Débito do estado relativo aos meses de novembro a dezembro de 1896	666\$666
Total	8.532\$799

Finanças da Santa Casa de Juazeiro em 1897

Receita

Joia dos irmãos	450\$000
Donativos e mensalidades de 19 irmãos	300\$720
Subvenção do estado relativa aos meses de novembro de 1896 a outubro de 1897	3.999\$996
Subvenção do município relativa aos meses de janeiro a novembro de 1897	550\$000
Juros de quantia de 5:327\$000 a 1% ao mês (6 meses)	319\$620
Produto de espetáculo produzido pelo Club Comercial (1/3 do produto líquido)	25\$000
Produto da venda em leilão de prendas oferecidas à Santa Casa	548\$000
Saldo do ano anterior	1.542\$731
Total	7.736\$067

MISERICÓRDIA PARA OS RIBEIRINHOS

Despesas

Despesas com o hospital	5.514\$084
Despendido com recebimentos de subvenções estadual e municipal	80\$479
Pagamento pela impressão e publicação de 200 exemplares do relatório da Provedoria e 300 avulsos	108\$000
Pagamento de passagem de doente	15\$000
Compra de tintas e óleo	126\$940
Total	5.844\$503

Ativos

Saldo em caixa para o ano de 1898	1.891\$731
Importância relativa a empréstimo concedido	5.327\$000
Débito da municipalidade relativo aos meses de março a dezembro de 1895, de janeiro a dezembro de 1896 e de dezembro de 1897	1.150\$000
Juros	192\$452
Débito do estado relativo aos meses de novembro a dezembro de 1897	666\$666

Tabela 1

Finanças da Santa Casa de Juazeiro

Fonte: Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp. 11-14. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp.7-10.

Os relatórios de 1897 e 1898 revelam que a Santa Casa de Juazeiro dependia, principalmente, das subvenções do estado para ampliar a oferta de serviço médico-hospitalar à população, conforme revela a Tabela 1. Para garantir o recebimento de tais subsídios era necessário certo investimento com procuradores e tabeliões na capital. Os recursos financeiros concedidos pelo governo estadual podiam atrasar, mas se podia contar com alguma regularidade no pagamento. Não se pode dizer o mesmo do município, que, por falta de dotação orçamentária, não cumpriu com o seu compromisso com a Irmandade nos anos de 1895 e 1896. Várias petições foram enviadas ao intendente e ao Conselho Municipal, no sentido de incluir a verba no orçamento, sem que houvesse resultado satisfatório no curto prazo.³⁶

Conforme demonstra a Tabela 1, a renda obtida com as subvenções públicas, as joias dos irmãos que ingressavam na Irmandade, as mensalidades, os donativos angariados e os juros decorrentes de atividades creditícias assumidas pela Irmandade era incerta e pouco sobrava após cobrir os gastos. O hospital contava com os serviços de um médico, uma enfermeira, um escriturário, um servente e uma cozinheira.³⁷ As despesas com pagamento dos funcionários, com a alimentação e tratamento dos doentes, com a conservação do prédio, com o serviço burocrático, dentre outras necessidades, consumiam grande parte da receita. **[Tabela 1]**

Essa condição afetava o movimento nas enfermarias do hospital. A disponibilidade de leitos oscilava conforme os recursos financeiros em caixa. Durante o ano de 1896, 60 pessoas passaram pelas enfermarias do hospital. Em 1897, o número de enfermos internados caiu para 42.³⁸ Contudo, entre os meses de junho e agosto de 1897, a Irmandade contou com uma renda extra

e a Santa Casa recebeu dez doentes em suas enfermarias. Nos meses seguintes, com a carestia dos gêneros de primeira necessidade e sem mais poder contar com esse auxílio extraordinário, os leitos foram reduzidos para quatro.³⁹

Para agravar o quadro, o médico que atendia no hospital, Alcides Pinto de Almeida Castro, transferiu-se para Salvador.⁴⁰ Com a exoneração do médico, o provedor resolveu assumir a função, já que os profissionais consultados não se dispuseram a fazê-lo. Sem condições de aumentar o número de internamentos, Silva instituiu a “Sala do Banco” para que os doentes que procurassem o hospital não ficassem totalmente desassistidos. Ali eram realizadas consultas, pequenas cirurgias e distribuição de remédios. Em 1897, 32 pessoas foram atendidas com receitas aviadas e foram realizadas duas operações naquele espaço.⁴¹

Os pacientes que passaram pelo hospital nos anos de 1896 e 1897 buscaram tratamento para o câncer, anemia, reumatismo, oftalmia, doenças de pele, venéreas, diarreicas e disentéricas, laringite, influenza, pneumonia, bronquite, tuberculose, traumatismos, ferimentos e queimaduras. Algumas destas doenças resultaram em óbito.⁴²

Além dessas enfermidades, era expressivo número de doentes acometidos pela sífilis tratados nas enfermarias da Santa Casa.⁴³ Em 1896, das 60 pessoas internadas na Santa Casa de Juazeiro, 21 tinham sífilis. No ano seguinte, entre os 42 doentes que passaram pelas enfermarias do hospital, 13 apresentavam os sintomas ou sequelas da doença.⁴⁴ Em princípios do século XX, Adolfo Lutz registrou um grande número de casos de sífilis na região, cuja extensão das lesões, segundo ele, se devia à falta de tratamento.⁴⁵ Quando não tratada, a doença evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal.⁴⁶ Sugere-se que alguns dos óbitos por lesões cardíacas, hepáticas, respiratórias e do aparelho geniturinário, ocorridos no hospital de Juazeiro, resultaram do agravamento da sífilis ou de sequelas da malária.⁴⁷

A malária e as complicações resultantes da doença motivaram o internamento de onze pessoas na Santa Casa, em 1896, e nove em 1897. Denominada febre palustre, paludismo ou impaludismo⁴⁸ pelos médicos da época, a malária é uma doença infecciosa causada por parasitas do sangue do gênero *Plasmodium*, transmitida ao homem pela fêmea do mosquito *Anopheles*.⁴⁹ Em Juazeiro, as vazantes que se seguiam às cheias periódicas do rio transformavam as águas estagnadas das margens em verdadeiros criadouros de anofelinos.⁵⁰ A água acumulada nos porões das embarcações também eram infestadas de mosquitos transmissores da doença. Além de infectar tripulantes e passageiros com a sua picada, os insetos se espalhavam pelos portos onde as embarcações atracavam.⁵¹ As cidades, vilas e povoados situados ao longo do rio

São Francisco sofriam sobremaneira com a malária, considerada endêmica na região.

A maioria dos enfermos tratados nas enfermarias da Santa Casa de Juazeiro era da Bahia. Em 1896, 40 dos 60 doentes eram naturais do estado, havendo, também, registro de 11 pacientes oriundos de Pernambuco, 4 do Piauí, 2 de Sergipe e 2 do Ceará. Em 1897, entre os 42 enfermos, 34 eram baianos, 5 pernambucanos, 3 piauienses, 2 cearenses e 1 mineiro.⁵² Conforme o exposto anteriormente, Juazeiro era um porto fluvial importante, com relações comerciais com municípios interconectados pela bacia hidrográfica do São Francisco e com os estados vizinhos. Por ali transitavam pessoas oriundas de diversos lugares, que, sem apoio familiar ou recursos financeiros necessários para prover o próprio tratamento, recorriam à assistência médica oferecida pelo hospital da Santa Casa.

Considerações finais

O modelo liberal adotado na Primeira República atribuía à sociedade a responsabilidade de organizar-se para atender à crescente demanda por assistência à saúde e proteção social. No campo da saúde, as ações dos poderes públicos eram pontuais, isoladas e seletivas, adotadas em conjunturas de crise, como no caso dos surtos epidêmicos.

Contudo, as reconfigurações políticas, sociais e do mundo do trabalho subsequentes à abolição do sistema escravista e à Proclamação da República requeriam uma mobilização das elites e dos agentes públicos para conservarem-se no poder, reorganizar e reformar a administração pública, atrair mão de obra, cooptar eleitores, evitar perdas econômicas, a subversão da ordem, a disseminação de doenças, dentre outras questões. Nesse período, os pobres continuaram sendo vistos como fontes de contágio e como uma ameaça à ordem pública, ao mesmo tempo, constituíam-se em reserva de trabalhadores potenciais, consumidores, recrutas e partidários políticos, tornando-se, portanto, necessário, que as elites trabalhassem em prol da harmonia nas cidades e também da saúde pública.

Nesse contexto, as associações e instituições filantrópicas, especialmente, as Santas Casas de Misericórdia, assumiram papel importante na assistência à saúde da população pobre, intervindo em lugares onde o Estado não conseguia ou não se interessava em atuar. As Misericórdias constituídas na Bahia da Primeira República tinham como objetivo principal edificar e gerir hospitais em municípios estrategicamente localizados e em processo de modernização e progresso econômico. Essa era a situação de Juazeiro nos primeiros anos da República. A cidade foi descrita como a “corte do sertão” pelo seu aspecto civilizado e progressista,

recebendo, igualmente, o epíteto de “empório do sertão” pela amplitude das suas relações comerciais.

Situada às margens do rio São Francisco, Juazeiro era ponto estratégico no projeto do governo brasileiro de interligar o Brasil profundo, atravessado por extensa via fluvial, com as grandes cidades do litoral do país. A bacia hidrográfica do São Francisco viabilizava a comunicação e o comércio de Juazeiro com vários municípios e estados da região, relações que seriam dinamizadas com a chegada da ferrovia em 1896. Por aquele movimentado porto, transitavam pessoas de diferentes lugares e, também por isso, circulavam patógenos causadores de diversas doenças. Na altura, era importante ter um equipamento de saúde que servisse de apoio aos que não tinham condições de tratar da própria saúde e/ou dos que podiam colocar a saúde da população em risco.

A fundação de um hospital filantrópico em Juazeiro foi iniciativa de um médico inclinado desde muito cedo à prática da filantropia. Naquele espaço, José Inácio da Silva ambicionava curar e restituir à sociedade indivíduos sãos, fortes e aptos para o trabalho. O projeto defendido por uma autoridade pública, pois José Inácio ocupava, na época, o posto de delegado de higiene do município, contou com a adesão da elite local. Para os mais abastados, o exercício da filantropia não se relacionava apenas com os princípios morais da caridade cristã. As ações dos beneméritos eram divulgadas e estes alçavam uma posição de prestígio e autoridade na sociedade. Os benefícios e favores prestados poderiam gerar vantagens políticas, sociais e econômicas. Apesar da adesão da sociedade, a concretização do projeto foi difícil e lenta, obstaculizada, provavelmente, por adversários que se sentiam ameaçados pela crescente popularidade do médico, que ingressou na carreira política após a fundação da Irmandade.

Todavia, depois de mais de 10 anos de fundada, a Misericórdia de Juazeiro ainda não contava com um patrimônio que garantisse o pleno funcionamento do hospital. Dependia das subvenções do estado e do município para custear as despesas. Ainda que atrasassem no repasse das subvenções, os entes públicos – estado e município – destinavam recursos para essas instituições, porque, apesar de privadas, prestavam assistência pública e gratuita aos desvalidos. Na época, essa parceria era bem vista e necessária, pois viabilizava a oferta de assistência à saúde à população pobre do interior da Bahia.

Notas

1. Segundo Euclides da Cunha, tratava-se de imensa área, que se estendia “das raias setentrionais de Minas Gerais a Goiás, ao Piauí, aos extremos do Maranhão e Ceará pelo ocidente e norte, e às serranias das lavras baianas, a leste”. Veja: Cunha, Euclides da, *Os Sertões*, São Paulo, Três, 1984 (Biblioteca do Estudante), pp. 44. Acedido em 17 de julho de 2020, em <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000091.pdf>.
2. Para saber mais, consulte: Cardoso, Vicente L., *À margem da história do Brasil. Livro póstumo*, Brasileira, vol. 13, São Paulo, Rio De Janeiro, Recife, Porto Alegre, Companhia Editora Nacional, 1938. Acedido em 14 de julho de 2020, em <https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/91/1/13%20PDF%20-%20OCR%20-RED.pdf>. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, pp. 102–107. Vianna, F. V., *Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira*, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, pp. 187. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
3. Vianna, F. V., *Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira*, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, pp. 405. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
4. A Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco abrange, atualmente, sete unidades da federação – Bahia (48,2%), Minas Gerais (36,8%), Pernambuco (10,9%), Alagoas (2,2%), Sergipe (1,2%), Goiás (0,5%), e Distrito Federal (0,2%) – e 505 municípios (cerca de 9% do total de municípios do país).
5. Saiba mais em: Brasil, Vanessa M., “O rio São Francisco: a base física da unidade nacional do Império”, in *Revista Mosaico*, v.1, n.2, jul./dez., 2008, pp.133–142. Luna, Jairo Nogueira, “Ações do Império no Velho Chico: A Fundação de Petrolina, a Navegação no Rio São Francisco e o Projeto de Transposição de José Bonifácio”, in *Diálogos – Revista de Estudos Culturais e da Contemporaneidade*, n. 8, fev./mar., 2013, pp. 208–223. Acedido em 15 de julho de 2020, em http://www.revistadiálogos.com.br/Dialogos_8/AcoesdoImpério_Jairo.pdf.
6. Machado, Fernando da Matta, *Empresa Viação do Brasil*, 2003, pp.1–20. Acedido em 1 de julho de 2020, em: http://www.abphe.org.br/arquivos/2003_fernando_matta_machado_empresa-viacao-do-brasil.pdf.
7. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, p. 102.
8. Vianna, F. V., *Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira*, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, pp. 189–190. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
9. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, p. 103.
10. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, p. 103.
11. Brasil, Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, Diretoria Geral de Estatística, *Synopse do recenseamento de 31 de dezembro de 1890: précis du recenseamento du 31 décembre 1890*, Rio de Janeiro, Officina da Estatística, 1898. Acedido em 26 de março de 2020, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/227299> Acesso em: 26/03/2019.
12. Lins, W., *O Médio São Francisco: Uma Sociedade de Pastores e Guerreiros*, 3. ed., definitiva, São Paulo, Ed. Nacional [Brasília], INL, Fundação Nacional Pró-Memória, 1983, pp. 59–60.
13. Vianna, Francisco Vicente, *Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira*, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, pp. 189–190. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.

MISERICÓRDIA PARA OS RIBEIRINHOS

14. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, p. 102.
15. Vianna, F. V., Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, p. 450. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
16. Vianna, F. V., Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, p. 450. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
17. Kern, Jackelina P. M., “Remeiros do São Francisco: expansão, comércio e costumes nos caminhos do rio”, in Rosas, Lúcia, Sousa, Ana Cristina e Barreira, Hugo, *Livro de Atas de Conferência Internacional Genius Loci – lugares e significados/places and meanings*, vol. 2, Porto, CITCEM, 2018, pp. 611–620. Acedido em 16 de julho de 2020, em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/17071.pdf>.
18. Neves, Zaroni, “Os remeiros do São Francisco na literatura”, in *Rev. Antropol.*, vol. 46, n.1, São Paulo, 2003, p. 165. Acedido em 16 de julho de 2020, em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012003000100004.
19. Vianna, F. V., Memória sobre o Estado da Bahia. Feita por ordem do Exm. Sr. Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima governador do estado da Bahia pelo Director do Archivo Publico Dr. Francisco Vicente Vianna, auxiliado pelo amanuense da mesma repartição José Carlos Ferreira, Bahia, Typ. e Enc. do Diario da Bahia, 1893, p. 187. Acedido em 27 de março de 2019, em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/221732>.
20. Sampaio, T., *O rio São Francisco e a Chapada Diamantina*, Organização José Carlos Barreto de Santana, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, pp. 94–99.
21. O mesmo que febre intermitente ou cíclica, malária.
22. Lins, W., O Médio São Francisco: Uma Sociedade de Pastores e Guerreiros, 3. ed., definitiva, São Paulo, Ed. Nacional [Brasília], INL, Fundação Nacional Pró-Memória, 1983, p. 85.
23. O mesmo que prefeito.
24. Lei n. 30, de 29 de agosto de 1892, Art.25, parágrafo 90:173, in *Constituição e leis do estado da Bahia promulgadas em 1891 e 1892; sob ns. 1 a 10*, Bahia, Typ. e encadernação do “Diário da Bahia”, 1892.
25. Pang, Eul-Soo, *Coronelismo e oligarquias (1889–1934): a Bahia na República Brasileira*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979, p. 122.
26. Conhecidos como coronéis, posto da Guarda Nacional, os chefes locais organizavam milícias privadas, cujos membros eram recrutados entre seus dependentes socioeconômicos. Em questões de terras, rixas pessoais, disputas pelo uso ou controle dos mananciais hidráulicos, para resolver querelas eleitorais, mesmo contra um governo organizado, a força-tarefa dos jagunços era acionada. Para saber mais veja: Pang, 1979 e Lins, 1983.
27. Cunha, João Fernandes, *Memória Histórica de Juazeiro*, Juazeiro-Ba, Editora Autor, 1978, p. 139. Freitas, Liliâne de Brito, “José Inácio da Silva”, dep. fed. BA 1894–1896 e 1906–1911 (Verbete), in *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*, CEPEDOC/FGV, 2000, pp. 1–2. Acedido em 23 de julho de 2019, em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SILVA,%20Jos%C3%A9%20In%C3%A1cio%20da.pdf>.
28. Cunha, João Fernandes, *Memória Histórica de Juazeiro*, Juazeiro-Ba, Editora Autor, 1978, p. 139. Freitas, Liliâne de Brito, “José Inácio da Silva”, dep. fed. BA 1894–1896 e 1906–1911 (Verbete), in *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*, CEPEDOC/FGV, 2000, pp. 1–2. Acedido em 23 de julho de 2019, em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SILVA,%20Jos%C3%A9%20In%C3%A1cio%20da.pdf>.
29. Cunha, João Fernandes, *Memória Histórica de Juazeiro*, Juazeiro-Ba, Editora Autor, 1978, p. 139. Freitas, Liliâne de Brito, “José Inácio da Silva”, dep. fed. BA 1894–1896 e 1906–1911 (Verbete), in *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*, CEPEDOC/FGV, 2000, pp. 1–2. Acedido em 23 de julho de 2019, em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SILVA,%20Jos%C3%A9%20In%C3%A1cio%20da.pdf>.

Notas

30. Lima, Joaquim M. Rodrigues, *Mensagem e relatórios apresentados à Assembleia Geral Legislativa pelo Dr. Joaquim Manuel Rodrigues Lima, governador do estado, Bahia*, Typ. e Encardenação do “Diário da Bahia”, 1893, p.36.
31. Souza, Christiane M. C. de, “Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia em tempos de epidemia”, in Chaves, Cleide de Lima (Org.), *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*, 1ed., Vitória da Conquista, Edições UESB, 2013, pp. 43–82.
32. Cunha, João Fernandes, *Memória Histórica de Juazeiro*, Juazeiro-Ba, Editora Autor, 1978, p. 148.
33. Freitas, Liliane de Brito, “José Inácio da Silva*, dep. fed. BA 1894–1896 e 1906–1911 (Verbete)”, in *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*, CEPEDOC/FGV, 2000, pp. 1–2. Acedido em 23 de julho de 2019, em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SILVA,%20Jos%C3%A9%20In%C3%A1cio%20da.pdf>.
34. Freitas, Liliane de Brito, “José Inácio da Silva*, dep. fed. BA 1894–1896 e 1906–1911 (Verbete)”, in *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*, CEPEDOC/FGV, 2000, pp. 1–2. Acedido em 23 de julho de 2019, em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SILVA,%20Jos%C3%A9%20In%C3%A1cio%20da.pdf>. Cunha, João Fernandes, *Memória Histórica de Juazeiro*, Juazeiro-Ba, Editora Autor, 1978, p. 148.
35. Silva, José Inácio da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, p. 18.
36. Silva, José Inácio da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp. 10–11.
37. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, p. 7. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, p.3.
38. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp.7– 9. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp. 3–5.
39. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, p. 12. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, p. 3.
40. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp. 7–12.
41. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, p. 2.
42. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp.9–10; Silva, 1898, pp.4–5.
43. A sífilis é doença infecciosa crônica, transmitida por via sexual, para o feto durante a gestação e por transfusão sanguínea. cf. Sumikawa, Elaine Sanae et al., “Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil”, in Brasil, Ministério da Saúde, *Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids* (Série TELELAB), 2010. Acedido em 26 de julho de 2020, em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf.
44. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp.9–10. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Officina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp.4–5.
45. Lutz, Adolpho e Machado, Astrogildo, “Viajem pelo rio S. Francisco e por alguns dos seus afluentes entre Pirapora e Joazeiro”, in *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*; 7(1):5-50, 1915. Acedido em 26 de julho de 2020, em: [http://memorias-old.ioc.fiocruz.br/pdf/Tomo07/tomo07\(f1\)_05-50.pdf](http://memorias-old.ioc.fiocruz.br/pdf/Tomo07/tomo07(f1)_05-50.pdf).
46. Sumikawa, Elaine Sanae et al., “Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil”, in Brasil, Ministério da Saúde, *Coordenação de Doenças Sexualmente*

MISERICÓRDIA PARA OS RIBEIRINHOS

Transmissíveis e Aids (Série TELELAB), 2010. Acedido em 26 de julho de 2020, em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf.

47. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897*, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp.9-10. Silva, J. I. da, *Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898*, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp.4-5.

48. Doença conhecida também como febre de mau caráter, febre terçã ou quartã e sezão.

49. Brasil, Ministério da Saúde, “Malária: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção”, in *Saúde de A a Z*. Acedido em 27 de julho de 2020, em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z>.

50. Souza, Christiane M. C. de, “Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia em tempos de epidemia”, in Chaves, Cleide de Lima (Org.), *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*, 1ed., Vitória da Conquista, Edições UESB, 2013, pp. 67-68.

51. Brito, Ana Clara Farias, *Sanear e curar: saúde pública, higiene e atuação dos postos de profilaxia nos sertões da Bahia*, Tese (Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências), Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana, UFBA/UEFS, 2018, p. 78.

52. Silva, J. I. da, Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 14 de fevereiro de 1897, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1897, pp.9-10. Silva, J. I. da, Relatório apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Joazeiro em sessão de 1 de janeiro de 1898, Joazeiro, Oficina “Cidade de Joazeiro”, 1898, pp.4-5.

DAIANE ROSSI*

Bancos de dados para História da Saúde: funcionalidades no ofício do/a historiador/a

* Doutora em História
das Ciências e
da Saúde (FIOCRUZ),
Rio de Janeiro, Brasil.

Cada vez mais os historiadores/as são desafiados a se reinventar. Com a pandemia da Covid-19 isto tornou-se ainda mais evidente, instigando-nos a pensar novas maneiras de produzir conhecimento. Não é de hoje que as ferramentas digitais têm acompanhado nosso ofício, e aqueles que se dedicam às pesquisas com grandes séries de dados foram os primeiros a experimentar essas inovações. Campo de exploração popularizado entre a história econômica e a demografia histórica, por exemplo, as pesquisas seriais, gradativamente, foram incorporadas a outras áreas. A história da saúde e da assistência ganharam importantes contribuições a partir do momento em que os pesquisadores/as começaram a explorar este universo.

O objetivo deste capítulo é apresentar possibilidades de elaboração e análise de bancos de dados enquanto ferramentas que favorecem a investigação quantitativa e qualitativa dos dados seriais, em especial aqueles voltados à História da Saúde e da Assistência, como os registros hospitalares.

A partir de um trabalho anterior, no qual analisamos 5224 registros de entradas de pacientes no Hospital de Caridade de Santa Maria (HCSM), no interior do Sul do Brasil, entre 1903 e 1913¹, começamos a pensar sobre como o nosso exercício metodológico poderia ser útil para outros pesquisadores. Essa documentação consistia em livros de registros, preenchidos diariamente, a cada entrada de um paciente no hospital, contendo o nome do doente, idade, sexo, cor, nacionalidade, classificação, residência, diagnóstico, médico responsável, dia de internação, dia de alta e tempo de hospitalização. Estes dados possibilitam a investigação serial da população hospitalizada dentro de um período pré-determinado.

O volume de dados analisado por historiadores/as da saúde está na casa dos milhares, seja em estudos sobre pequenas ou grandes cidades. Renilda Barreto², analisou 7600 doentes atendidos nas enfermarias do Hospital São Sebastião, de Salvador (Bahia/Brasil), através de uma amostragem dos anos 1823, 1830, 1835, 1840, 1848, 1849, 1850 e 1851. Já Rute Pardal³ contabilizou 149.390 registros nominais da assistência domiciliária prestada pela Misericórdia de Évora (Portugal) entre 1635 e 1750. Deste modo, como enfrentar esse montante diante das inúmeras problemáticas que podem ser apresentadas? É neste momento que as ferramentas digitais são essenciais para viabilizar o nosso trabalho.

Desde o lançamento da Microsoft Office, em 1989, que contava com programas de processador de texto, planilhas de cálculos, bancos de dados e apresentação gráfica⁴; atrelado à popularização dos computadores pessoais no mesmo período, as formas de se processar dados foram repensadas e, neste sentido, a maneira de escrever História também. No entanto, essas inovações não chegaram ao mesmo tempo para todo mundo, nem mesmo hoje. Embora essa temática tenha sido abordada desde a década de

1970 entre os historiadores, através da obra pioneira de Edward Shorter⁵, podemos afirmar que o uso de diferentes softwares para processamento de informações e sua aplicação à pesquisa histórica têm ganhado cada vez mais espaço a partir do final dos anos 1990 e, principalmente, nas décadas de 2000 e 2010⁶, sobretudo se pensarmos em países ainda em desenvolvimento como o Brasil, onde o acesso à informação e a recursos tecnológicos é muito desigual.

Assim, partindo do pressuposto que atualmente as possibilidades do uso das ferramentas digitais estão mais popularizadas e que há uma historiografia mais consistente dedicada a esta temática, apresentaremos algumas possibilidades sobre a investigação em História da Saúde a partir desses novos recursos, em particular, através do estudo sobre populações hospitalizadas a partir da criação e análise de bancos de dados e de softwares estatísticos.

Construindo e analisando um banco de dados: Excel e SPSS

A partir de um montante de fontes que contém informações que se repetem em séries, como os registros hospitalares, podemos construir planilhas que viabilizam nossa análise. Nesse sentido, preparamos um ambiente que favoreça o ordenamento, as buscas e seleções de nossas fontes. “Trata-se de desenvolver ou adaptar um software à documentação com a qual ele se defronta. Deve-se levar em conta a facilidade de aprendizado, a flexibilidade e a possibilidade de operação com dados produzidos em plataformas diversas⁷”.

Mariana Thompson Flores alerta para a variedade de programas dedicados a uma multiplicidade de bases disponíveis, desse modo “são softwares para construção de bancos de dados pensados para os mais variados fins (empresariais, governamentais) e o que nos toca fazer é adaptá-los o máximo possível a fim de que respondam às nossas demandas de pesquisas⁸”. Um dos programas mais utilizado é o Excel, parte do pacote do Microsoft Office, ou o Calc, do pacote de software livre LibreOffice. As informações são distribuídas entre linhas e colunas, nas quais as colunas contêm os campos passíveis de serem filtradas (nome, cor, idade, nacionalidade, diagnóstico, etc.) e nas linhas dispomos das séries de registros. Ao dispor de uma documentação hospitalar, como os livros de entradas de pacientes, temos nosso trabalho facilitado para montar o banco de dados, porque ele já está previamente organizado em linhas e colunas, que são transpostas de maneira idêntica para o software. Os dados hospitalares, assim como os registros paroquiais, por exemplo, compõem o que Tiago Gil

chamou de “bases empíricas (...) que procuram dar conta de um *corpus* documental”⁹.

Porém, há casos em que o/a pesquisador/a constrói seu banco do zero, criando variáveis conforme suas necessidades e possibilidades de análise, ou seja, “bases analíticas (...) voltadas para um problema de pesquisa”¹⁰. Por exemplo, no caso do estudo de periódicos: selecionamos o jornal, delimitamos um período e escolhemos uma temática. A partir disso, construímos os campos de acordo com possíveis as perguntas que gostaríamos de propor àquela fonte ou sobre informações gerais: palavras-chave do editorial; temáticas dos anúncios; número de páginas; número da edição; título das matérias; nome dos responsáveis pelas notícias, etc. No caso de investigações sobre a História da Saúde, podemos, por exemplo, mapear os boletins epidemiológicos dos hospitais, ou, ainda, levantar informações sobre surtos de doenças, medidas profiláticas recomendadas, artigos escritos por médicos, anúncios de remédios, etc. Muitos estudos sobre a Gripe Espanhola, de 1918, foram realizados principalmente a partir de periódicos, o principal meio de informação sobre a pandemia na época¹¹.

Essa operação que envolve coleta, seleção e organização de documentos históricos não é nenhuma novidade para o historiador/a, como já identificava Michel de Certeau em um texto clássico da década de 1970:

“Em história, tudo começa com o gesto de selecionar, de reunir, de, dessa forma, transformar em ‘documentos’ determinados objetos distribuídos de outra forma. Essa nova repartição cultural é o primeiro trabalho. Na realidade ela consiste em produzir tais documentos, pelo fato de recopiar, transcrever ou fotografar esses objetos, mudando, ao mesmo tempo, seu lugar e seu estatuto. Esse gesto consiste em ‘isolar’ um corpo, como se faz em física. Forma a ‘coleção’. [...] O material é criado por ações combinadas que o repartem no universo do uso, que também vão procurá-lo fora das fronteiras do uso e que fazem com que seja destinado a um reemprego coerente. É a marca dos atos que modificam uma ordem recebida e uma visão social”¹².

A escrita da história, elaborada através dos bancos de dados, faz parte desta dinâmica que envolve formar a “coleção”, combinar ações e criar um material que será reempregado a partir da problemática proposta pelo/a pesquisador/a. No entanto, alerta Gil “é preciso saber o modo como a fonte foi construída, seu público, seus autores, seus limites, seus objetivos e que interesses agiram para que aquele documento chegasse àquela forma”¹³. Mais do que transpor registros a um recurso digital, precisamos atentar ao seu uso inicial, sendo esta reflexão necessária à construção da crítica ao documento.

Ao iniciarmos a construção da base de dados, precisamos partir dos nossos objetivos iniciais, para que aquela “coleção” irá servir ou para quem. Assim, quando na fonte nos deparamos com uma data, é preciso refletir se é mais funcional que ela seja dividida em três colunas (dia/mês/ano) ou em uma só no formato data numérico. Se nos interessa realizar uma seleção anual ou mensal de determinada questão, é mais interessante que tenhamos disponível esses filtros, que só estarão disponíveis se cada elemento estiver em uma coluna (variável). Por exemplo, gostaríamos de perguntar em que meses há uma incidência maior de determinada doença; ou em que ano a presença de mulheres negras foi mais recorrente no hospital. O banco de dados só fornecerá essas respostas se pudermos realizar os cruzamentos através dos filtros dos campos, no caso do Excel/Calc. Nesse sentido, precisamos estar atentos ao montar uma base que forneça inúmeras possibilidades de buscas.

Ao abastecer o banco de dados, alguns cuidados devem ser tomados. É fundamental que as informações sejam uniformizadas, ou seja, a grafia deve ser idêntica em todos os casos que se repetem e a nomenclatura utilizada precisa ser padronizada. Ideia muito semelhante ao que Gil chamou de “normatização”, ou seja, atualizar os nomes, afinal, aponta “manter os textos no original é quase como não tê-los em uma base. É quase ter apenas a foto do documento. Não adianta ter dados assim”¹⁴. Logo, não é funcional para pesquisa. Por exemplo, o nome de uma doença: era comum no início do século XX que alguns médicos utilizassem nomenclaturas distintas para a mesma enfermidade (varíola – bexigas), ao digitar as informações na base é necessário optar por apenas uma, normatizando a doença, neste caso. Outro erro muito comum, que deve ser evitado, diz respeito ao nome de lugares. O/a historiador/a precisa definir se sua análise será concentrada em cidades, estados, regiões ou países. Se optar pelo primeiro, todos os registros precisam ser nomeados igualmente, se preferir o segundo ou os demais, mesmo que na fonte conste, por exemplo, Santa Maria, no banco de dados precisa estar Rio Grande do Sul, ou Sul, ou Brasil. Essa normatização atende a rigores metodológicos “que possam fornecer parâmetros compartilhados que sirvam como critérios para a elaboração de bancos de dados individuais, os quais integrados possam redundar em bancos de dados coletivos¹⁵”, por isso necessita de um critério único de preenchimento que evitará duplicatas ou resultados equivocados.

A base de dados é uma ferramenta, não o texto. Assim, todas as adaptações que forem realizadas a partir da leitura da fonte, com base nas problemáticas exploradas, devem estar muito claras no momento da escrita. Desta forma, durante a produção acadêmica, é preciso deixar explícito ao leitor todas essas alterações, ou seja, as diferentes denominações para a mesma doença ou para o mesmo lugar, como no caso exemplificado.

Após preparar os dados, o próximo passo é analisá-los. O Excel e o Calc possuem algumas funções que permitem o exercício, mas, normalmente, um/a pesquisador/a não familiarizado com técnicas mais avançadas, vai realizar as análises manualmente, através da filtragem das colunas, de acordo com a questão que ele/a busca resolver. No entanto, existem outros softwares que facilitam muito o nosso trabalho, como o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), pacote estatístico para as ciências sociais. Diferente do programa da Microsoft ou do LibreOffice, nele as análises são realizadas através de comandos, ou seja, “o usuário seleciona o teste estatístico e a saída é produzida em uma nova janela. (...) Este software permite desde a realização de análises estatísticas descritivas mais simples, até a realização de cálculos mais avançados e testes de modelos estatísticos”¹⁶. Para manusear esse tipo de recurso, é preciso atentar para o fato de utilizar softwares que sejam compatíveis com a base de dados que estamos trabalhando. O SPSS permite a importação de vários formatos de documentos, entre eles, os produzidos pelo Excel (.xls ou .xlsx).

Os dados entram nesse programa através de planilhas, organizadas em variáveis (colunas) e casos (linhas). Ele apresenta várias funções, que permitem análises simples ou complexas, apresentando rapidamente os resultados. Além de criar uma base de dados própria, também possui inúmeros serviços, dentre eles, destacamos os mais utilizados para pesquisa histórica: definição de variáveis, introdução de dados, exploração e cruzamento de variáveis, estatísticas descritivas (tabelas de frequências, médias e desvio padrão), comparação de grupos e séries de dados temporais¹⁷.

A literatura dedicada a explorar o uso dos softwares estatísticos, em sua maioria, está dedicada às ciências sociais, algumas, inclusive, são muito acessíveis e apresentam uma linguagem bem didática para quem está iniciando¹⁸. Nos interessa aqui, brevemente, apresentar algumas possibilidades que o SPSS dispõe e que podem colaborar na escrita da História, em especial no campo da História da Saúde, por meio da investigação de registros hospitalares.

Estudo de caso no uso de dados seriais da saúde

Como dito anteriormente, em um estudo recente realizamos uma investigação na qual contávamos com mais de 5 mil registros oriundos do livro de entrada de pacientes do HCSM¹⁹. Como nosso banco de dados, além desse montante, ainda possuía mais de 20 variáveis, entendemos que o uso de softwares estatísticos seria essencial à realização dos cálculos que estávamos propondo.

A partir do SPSS foi possível selecionar variáveis que seriam analisadas e realizar os cruzamentos entre elas. Nesse sentido,

	Sexo	Frequência	Porcentagem
Válidos	Feminino	1288	24,7
	Masculino	3928	75,2
	Não consta	7	0,1
	Total	5223	100,0

Tabela 1
Frequência de sexo entre
os doentes do HCSM
(1903-1913)

Tabela produzida pela autora a partir do Livro 01 de Registros de Entradas de Pacientes do Hospital de Caridade de Santa Maria, a partir do software © SPSS.

foram processadas, por exemplo, correlações entre as séries correspondentes ao ano, idade, sexo, cor, profissão, nacionalidade e doença, gerando resultados que colaboram para olhar às modificações no público da instituição, através de um mapeamento do perfil demográfico daqueles indivíduos. Além disso, com a aplicação de um comando que compara grupos, a análise centrou-se na classificação dos pacientes, a qual era direcionada sob a ótica de quem financiava a internação. Ou seja, utilizando dois exemplos: os classificados como “particulares” custeavam seus gastos hospitalares; e os identificados como “pobres” eram aqueles que a Intendência Municipal pagava o tratamento, através de uma subvenção oriunda da Assistência Pública Municipal. Sendo assim, a partir da análise comparativa entre esses dois grupos, considerando que ambos possuíam as mesmas informações em série, foi possível mapear as diferenças e semelhanças entre eles.

Para além da quantificação, conseguimos acompanhar a trajetória da instituição e de seus doentes, identificando suas características sociais e culturais, como as relações que os pobres estabeleciam entre trabalho e doença; ou a questão envolvendo a região de residência com a causa da internação. São múltiplas as apreciações que os dados seriais de um hospital apresentam, como traremos alguns exemplos a seguir.

Assim como o software resolve cálculos simples, como criar tabelas de frequência (tabela 1), através da comparação de grupos e cruzamento de variáveis, permite realizar operações mais complexas (tabela 2) que, executadas manualmente, seriam mais difíceis. **[Tabela 1]**

A tabela 1 foi construída em 5 *cliques*. Após importar o banco de dados, em formato .xls, executamos o seguinte comando: *Analyze – Descriptive Statistics – Frequencies*. Com essas 3 seleções, o programa abriu uma aba que apresenta todas as variáveis do banco de dados (colunas) e nela selecionamos qual gostaríamos de analisar, no caso desse exemplo, “sexo”, basta dar um *Ok* e a tabela é imediatamente gerada. O mesmo comando pode ser executado para todas as variáveis, possibilitando que o/a pesquisador/a tenha em mãos todos os dados totais de cada um dos campos da sua base de dados. Como opção, ao colar a tabela no editor de textos, o autor pode editá-la e alterar seu design – o mesmo vale para todos os tipos de resultados produzidos no SPSS que podem ser exportados tanto para o Word, quanto para Excel, por exemplo.

BANCOS DE DADOS PARA HISTÓRIA DA SAÚDE

Diagnóstico		Cor	Frequência	Percentual
Doenças Infecto Parasitária	Válidos	Branca	421	39,9
		Ilegível	2	0,2
		Indiática	84	8,0
		Mista	37	3,5
		Morena	13	1,2
		Não Consta	7	0,7
		Parda	302	28,7
		Preta	188	17,8
		Total	1054	100,0
Doenças Reumáticas	Válidos	Branca	129	49,4
		Indiática	15	5,7
		Mista	5	1,9
		Morena	10	3,8
		Não Consta	1	0,4
		Parda	59	22,6
		Preta	42	16,1
		Total	261	100,0
Sistema Respiratório	Válidos	Branca	272	40,4
		Cabocla	1	0,1
		China	1	0,1
		Indiática	69	10,3
		Mista	11	1,6
		Morena	24	3,6
		Não Consta	7	1,0
		Parda	161	23,9
		Preta	127	18,9
Total	673	100,0		

Tabela 2
Frequência de diagnóstico
e cor entre os doentes do
HCSM (1903-1913)

Tabela produzida pela autora a partir do Livro 01 de Registros de Entradas de Pacientes do Hospital de Caridade de Santa Maria, a partir do software © SPSS.

A tabela 2 já mostra uma operação um pouco mais complexa. Após clicar no ícone da página inicial do software *Split File* (representado por duas tabelas, uma acima da outra), selecionamos a opção *Compare Groups* e, na sequência, qual variável que queremos comparar (neste caso, diagnóstico) e clicamos em *Ok*. Depois realizamos o mesmo procedimento da tabela 1, *Analyze - Descriptive Statistics - Frequencies*, e escolhemos qual variável seria analisada (cor). Para apresentar neste texto, editamos a tabela apenas com os 3 diagnósticos mais frequentes entre os doentes do HCSM.

De posse dos resultados, as perguntas que iremos fazer para os nossos dados são diversas. A partir da tabela 2, por exemplo: qual a relação entre a cor e o diagnóstico; quais fatores estão relacionados a maior incidência de doenças infecto parasitárias entre os pardos? O leva a população branca a quase 50% entre os doentes reumáticos?

Os números representam a análise quantitativa do nosso banco de dados, mas as perguntas que fazemos a eles compõem todo o cenário da pesquisa, agregando outros dados para que seja realizada a análise qualitativa que testará as hipóteses do historiador e responderá ou não sua problemática.

Considerações Finais

Ao longo desse pequeno ensaio, percebemos que se o SPSS apresenta funcionalidades práticas para realizar as análises dos dados, o Excel é uma ferramenta mais interessante para construir as bases. Graficamente, o Excel fornece uma visão melhor do banco, através das opções de edições de texto do pacote Office. Mas não só, ele também é de mais fácil manuseio para inserir os dados e criar os campos. Por outro lado, o SPSS funciona através de comandos simples e complexos, gerando resultados ao alcance de um *clac*. Nesse sentido, a união desses dois programas torna o ofício do/a historiador/a uma tarefa um pouco menos árdua, ao nível da execução dos dados.

Nosso objetivo foi, principalmente, apontar questões e apresentar possibilidades que inspirem outros/as pesquisadores/as a utilizar esses recursos da informática, como os bancos de dados e os softwares estatísticos. Demonstrando, deste modo, o quanto eles podem facilitar o nosso trabalho e fornece ferramentas que, com um mínimo aprofundamento em suas técnicas, tornam nossas pesquisas mais dinâmicas.

Notas

1. Rossi, Daiane Silveira, *Assistência à saúde e à pobreza no interior do Sul do Brasil (1903-1913)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
2. Barreto, Renilda, *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005, p. 193.
3. Pardal, Rute, *Práticas de caridade e assistência em Évora (1650-1750)*, Lisboa, Portugal, Edições Colibri, 2015, pp. 28-29
4. Nishitani, André Toshio Nogueira, Bellotto, Vitor Augusto Pires de Campos, *Microsoft e seu Monopólio do mercado de software*, Disponível em “http://wiki.icmc.usp.br/images/a/a8/SCC0207-Cristina_Grupo10Artigo.pdf” Acesso em 25 de julho de 2020.
5. Shorter, Edward, *The historian and the Computer. A practical guide*, 1971.
6. Gil, Tiago, *Como se faz um banco de dados (em História)*, Porto Alegre, Ladeira Livros, 2015; Bresciano, Juan Andrés, Gil, Tiago (Org.), *La historiografía ante el giro digital: reflexiones teóricas y prácticas metodológicas*, Ediciones Cruz del Sur, 2015b.
7. Silva, Edson Armando, Bancos de dados e pesquisa qualitativa em História: reflexões acerca de uma experiência, *Revista de História Regional*, 3 (2), 167-176, inverno de 1998, p. 171.
8. Thompson Flores, Mariana. p. 243.
9. Gil, 2015, p. 12.
10. Gil, 2015, pp. 11-12.
11. Bertolli Filho, Claudio, *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*, São Paulo, Paz e Terra, 2003. Bertucci, Liane Maria, *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*, Campinas, São Paulo, Ed. da UNICAMP, 2004. Souza, Christiane Maria Cruz de, *A Gripe Espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, Bahia, Edufba, 2009.
12. De Certeau, Michel, “A operação histórica”, In Le Goff, Jacques, Nora, Pierre (Orgs.), *História: novos problemas*, São Paulo, Livraria Francisco Alves Editora, 1978, p. 30.
13. GIL, 2015, p. 18.
14. Gil, 2015, p. 74.
15. Thompson Flores, Mariana Flores da Cunha, Os bancos de dados, os arquivos digitais e o papel do historiador, *Revista Acervo*, jul./dez, p. 243
16. Ramos, Marília Patta, *Pesquisa Social: abordagem quantitativa com o uso do SPSS*, Porto Alegre, Escritos, 2014, p.13.
17. Gonçalves, Bruna Beza da Silva, *Softwares de apoio à pesquisa científica: levantamento e análise de características*, Tecnologias da informação e comunicação (Monografia), Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2016.
18. Field, Andy, *Descobrir a estatística usando o SPSS*, Trad. Lorí Vialí, 2ª ed, Porto Alegre, Artmed, 2009. González, Cástor Guisande, Liste, Antonio Vaamonde, Felpeto, Aldo Barreiro, *Tratamiento de datos con R, Statística y SPSS*, Diaz de Santos, 2013. Lopez, César Pérez, *Técnicas de análisis multivariante de Datos: aplicaciones con SPSS*, Madrid, Pearson Educación, 2004.
19. Rossi, 2019.

BEATRIZ TEIXEIRA WEBER*

Saberes Hospitalares em Instituições Espíritas: Possibilidades na Primeira Metade do Século XX.

* Programa de Pós-
graduação em História.
Universidade Federal
de Santa Maria Brasil

Introdução

A existência de hospitais espíritas ocorre no Brasil desde 1922, mas são raros os estudos sobre essas instituições. Inicialmente, a surpresa ocorreu pela escassa referência a esses hospitais na imprensa em geral. Apenas quando há alguma evidência de problema mais grave, com alguma denúncia pública, é que as instituições são referidas. Gradativamente, a surpresa foi se acentuando porque os próprios hospitais fazem questão de não serem mencionados. A origem dessa atitude está nas várias disputas que os espíritas sofreram, ora num embate com a medicina formal que se organizava, ora com a imprensa, ora com a igreja católica. Cada um desses oponentes realizou duras campanhas de ataque ao espiritismo no Brasil.

Na passagem do século XIX para o XX houve a organização de serviços espíritas que ofereciam a cura baseada na crença da capacidade de intervenção de entidades espirituais no curso natural de uma enfermidade, realizando tratamentos através do receituário mediúnico, em que eram prescritos remédios normalmente homeopáticos, receitados por médiuns que se diziam inspirados por espíritos de grandes médicos já falecidos. Essa oferta de serviços não reconhecidos pela medicina acadêmica resultou numa denúncia sistemática pelos médicos como exercício ilegal da medicina. Esse processo estava embasado no Código Penal de 1890 que previa artigos para a regulação desse exercício de “charlatanismo”, termo utilizado para quaisquer práticas que não eram reconhecidas pela medicina. Contudo, vários médicos também aderiram às noções espíritas de saúde e doença, demonstrando uma interconexão entre as percepções de cura do espiritismo e de médicos que atuavam no Brasil.¹

Fizemos um levantamento de hospitais espíritas existentes no Brasil em 2013, através da internet, buscando pela palavra chave hospital espírita. Encontramos 40 referências, sendo os mais antigos fundados em Franca (Hospital Psiquiátrico Alan Kardec, em São Paulo) e Manaus (Hospital Espírita Allan Kardec, no estado do Amazonas), ambos com datas de 1922. Em informe para o estudo de Eveline Stella de Araujo (2007), há a referência a 39 hospitais espíritas em atuação no Brasil, segundo a Associação Médico Espírita do Brasil de abril de 2007, que atenderiam transtornos mentais e deficiências múltiplas². Esses hospitais teriam por volta de 40 mil internações por ano como uma média de atendimento. Não há referência a um hospital em Manaus. Essa discrepância também é um elemento que reforça a dificuldade de acessar as informações sobre essas instituições. Pensando na instalação dessas instituições no Brasil até a década de 1950, seriam em torno de 13 instituições, apesar desse dado não ser preciso.

Como afirma Alexander Moreira de Almeida, o espiritismo é um ator importante, mas pouco conhecido. Levando em conta uma etiologia espiritual para os diversos transtornos mentais, vários seguidores do espiritismo construíram quase meia centena de hospitais psiquiátricos espíritas pelo país, a maior parte no estado de São Paulo (25 desses hospitais)³. Este paper procura apresentar a visão espírita sobre doença mental e caracterizar um dos hospitais mais antigos, fundado em 1926, existente em Porto Alegre – RS.

Os estudos sobre hospitais espíritas ainda são poucos e há uma enorme dificuldade de acessar os prontuários das instituições, em parte pela política de restrição do acesso pelo receio das informações que possam circular e em parte porque os autores esbarram em percalços burocráticos para a possibilidade de registro dos projetos de pesquisa e liberação de comitês de ética das instituições. Dos que trabalham especificamente os hospitais no Brasil, a maior parte são estudos etnográficos, que procuram identificar o funcionamento e as relações existentes nas instituições no período em que os trabalhos estão sendo realizados. Num balanço realizado por Yonissa Marmitt Wadi sobre a produção brasileira de teses e dissertações de história sobre loucura e psiquiatria entre 1980 a 2011, ela conclui que a produção ainda é difusa e dispersa, com uma concentração espacial na região sudeste (onde houve maior número de instituições instaladas), sendo priorizadas a temática da prática psiquiátrica e a história das instituições de assistência no período de 1890–1966.⁴

Os trabalhos que estudaram instituições psiquiátricas espíritas no período até 1950 foram de Andrea de Alvarenga Lima⁵ sobre o Hospital Espírita de Bom Retiro, fundado em 1946 em Curitiba, estado do Paraná; Raphael Alberto Ribeiro⁶ sobre o Sanatório Espírita de Uberlândia, fundado em 1942 na cidade de Uberlândia, estado de São Paulo, desativado em 1990; e Alexander Jabert⁷ sobre o Sanatório Espírita de Uberaba na cidade de Uberaba, também em São Paulo, fundado em 1933. Os dois últimos trabalhos utilizam prontuários médicos das instituições para sua análise, mas somente Alexander Jabert realiza uma análise mais sistemática dos serviços de tratamento oferecidos. Os demais estudos tratam de identificar a abordagem da loucura e do espiritismo como discurso para os médicos ou outros envolvidos nos espaços hospitalares ou analisar a perspectiva espírita em relação ao discurso médico.

O espiritismo é uma crença que se apresenta como religião, filosofia e ciência, organizada pelo educador Allan Kardec, por batismo Hippolyte Léon Denizard Rivail, na França, na segunda metade do século XIX, apresentando-se como uma doutrina universalista, passível de ser aceita por adeptos de todas as crenças e assentada sobre bases científicas, tendo como pressupostos básicos a existência de Deus, a imortalidade da alma, a comunicabilidade dos espíritos, a existência de múltiplos mundos habitados, a reencarnação e a evolução universal e infinita. A obra inaugural

dessa perspectiva foi *O Livro dos Espíritos*, que expõe comunicações espirituais, organizadas na forma de perguntas e respostas. A partir dela foi produzida uma doutrina que procurava se basear em preceitos científicos e morais, tendo a evolução como um elemento fundamental. Extrapolada para o mundo espiritual, a teoria evolucionista transparece no preceito segundo o qual os indivíduos deveriam passar por várias etapas evolutivas até chegarem à perfeição espiritual. Para evoluir, precisam participar do mundo visível, material, que é a sala de aula frequentada por espíritos para enfrentar desafios e passar pelas provações e sofrimentos do mundo material até alcançar uma maior clareza espiritual.⁸

Espiritismo e Loucura

O surgimento do espiritismo parte de um contexto mais abrangente de espiritualismo na segunda metade do século XIX, agregando informações e referências de diversas perspectivas que circularam pela Europa e América. Para a doutrina kardecista, os espíritos desencarnados se manifestariam nos médiuns através da manipulação do fluído universal e estabeleceriam comunicação com os mesmos. Essa capacidade era utilizada para explicar tanto os processos de adoecimento físico quanto os mecanismos que poderiam produzir a loucura. O espiritismo desenvolveu construções teóricas próprias para dar sentido e explicação para fenômenos como a atividade psíquica, a inteligência, os sentimentos, a loucura e os comportamentos desviantes ou moralmente condenáveis. Eles criticam a medicina materialista e acreditam que podem dar uma grande contribuição às artes de curar, principalmente no campo das alienações mentais. Angélica de Almeida analisou a construção da representação médica da mediunidade como loucura, argumentando que essa caracterização da mediunidade pela psiquiatria fazia parte de uma estratégia de legitimação simbólica da disciplina psiquiátrica, que na época disputaria com o espiritismo a hegemonia do campo no tratamento das enfermidades mentais.⁹ Jabert apresenta a discussão de insuficiência da psiquiatria no período para o tratamento da doença mental, que reforçava apenas tratamentos morais e a contenção física dos pacientes. A teoria da degeneração justificaria a surgimento da loucura na deteriorização mórbida dos tecidos orgânicos, sendo o alienado mental um degenerado, centrando o tratamento nas indicações curativa e regeneradoras da higiene física e moral.¹⁰ Essa insuficiência teria gerado a preocupação de médicos espíritas em produzirem uma reflexão que pudesse explicar a doença mental a partir da perspectiva espiritual.

Para o bem estar saudável, os espíritas argumentam a necessidade de manter um equilíbrio entre os comportamentos morais adequados para que não ocorra a manifestação de doenças.

Elas podem ser físicas, naturais, mas estão relacionadas às consequências das vidas anteriores, à conduta depravada, à recusa de desenvolver a mediunidade e as doenças causadas por terceiros. Muitas das desordens físicas e psíquicas que afetam os indivíduos são entendidas pelo espiritismo como resultado de algum tipo de intervenção de “espíritos desencarnados” diretamente sobre o corpo espiritual do sujeito acometido por essas desordens, sendo a loucura e alguns outros tipos de enfermidades originadas na ação de entidades que se encontrariam localizadas no plano imaterial. Obsessão é o termo usado para explicar a possibilidade de interferências indesejáveis ou imprevistas de espíritos desencarnados sobre o comportamento dos encarnados. A psiquiatria seria incapaz de determinar de forma inequívoca onde estava localizada a sede da inteligência, da vontade e dos sentimentos. Para a psiquiatria, a alienação mental seria definida como uma afecção do cérebro que impediria o livre arbítrio da vontade, da inteligência e da consciência. Para os espíritas, a inteligência e os sentimentos são entendidos como funções humanas que existiriam independente da constituição física dos inimigos e o cérebro é o órgão que apenas transmitiria o pensamento produzido pelo espírito e está subordinado a ele. As tentativas de localizar as funções do aparelho psíquico no cérebro só teriam sentido se reinterpretadas de acordo com a doutrina espírita e dos princípios enunciados de subordinação do mundo material ao mundo espiritual.¹¹

Há vários autores brasileiros que organizam a perspectiva de doença mental pelo espiritismo, com opiniões diversificadas do núcleo espírita sobre o funcionamento da mente. De forma geral, há 2 formas de loucura: por lesão cerebral (consequência da aplicação da lei do carma, que determinava que as faltas cometidas em vidas passadas fossem expiadas em encarnações subsequentes) e loucura manifestada independente de lesão (se o espírito se encontrasse em estado de perturbação, ficando suscetível às ações dos espíritos inimigos). O médico Bezerra de Menezes foi o primeiro a definir no Brasil esses mecanismos em 1897 e foi usado como referência para organização de instituições que procuram dar amparo a esses pacientes. Quando resultante de lesão chama loucura científica, a outra é loucura por obsessão, pela ação fluídica de outros espíritos, objeto que a teoria espírita se propunha a descrever. Procurou estabelecer os mecanismos para a realização do diagnóstico dessa loucura e o tipo de tratamento. Quando havia ocorrência de um caso de alienação mental em um sujeito que levou uma vida normal durante boa parte de sua existência, os médicos espíritas argumentam que a causa seria resultado de uma interferência externa que estaria perturbando a capacidade do corpo espiritual de se manifestar adequadamente através do corpo material.

Bezerra de Menezes (1831-1900) foi um médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1856, tendo atuado

como vereador no Rio de Janeiro e como deputado na Câmara de Deputados representando o Rio de Janeiro. Converteu-se ao espiritismo, proclamando-se publicamente em 1886. Foi presidente da Federação Espírita Brasileira, órgão que procurava congregar os espíritas, a partir de 1889, com um período em que renunciou por divergências internas. É considerado uma das lideranças que imprimiu uma orientação mais religiosa ao espiritismo no Brasil, enfrentando as perseguições às práticas espíritas desde o Código Penal de 1890, que criminaliza o espiritismo, a magia, o uso de talismãs e sortilégios, curas de moléstias e a subjugação da credulidade pública (art. 157).¹²

Ele publicou uma série de artigos espíritas sob o pseudônimo Max no *Jornal do Brasil* e *Gazeta de Notícias* de 1887 a 1893, que foram editados pela Federação Espírita sob o título *Espiritismo – Estudos Filosóficos*, onde formulava uma perspectiva da filosofia espírita. O livro *Loucura sob Novo Prisma* parece ser parte de artigos similares. Ele é um livro póstumo assinado por Max, editado comprovadamente pela Federação Espírita Brasileira em 1921, mas com data de 1920. Contudo, o movimento espírita considera que seria uma posição sobre a loucura desde 1897. O livro contém dois longos capítulos de discussão filosófica sobre a existência da alma e ter o homem um princípio espiritual, considerando como a alma se serve do cérebro para poder atuar no corpo. Procura demonstrar a existência dos espíritos e sua evolução. Na 3ª parte ele vai desenvolver o que ele considera loucura por obsessão, diferente da loucura produzida por lesão cerebral, que deveria ser tratada pela medicina oficial. Como a possessão espiritual dos pacientes alienados seria a principal causa dessa loucura, ele propunha uma avaliação de como esses espíritos agiam, podendo ser uma influência de diversos graus, da simples insinuação à dominação completa da vontade. Para a cura ele propunha uma “doutrinação” do espírito obsessor através de uma sessão de desobsessão. Nessa sessão era primeiro invocado o “guia espiritual” do paciente para identificar o obsessor, depois era esperada a manifestação da “entidade obsessora”, solicitado a fornecer as informações sobre o que o levava a atacar o obsidiado. A partir daí os médiuns e o presidente da sessão iniciavam um tratamento moralizante do obsessor para demovê-lo de suas ações e incutir-lhe um sentimento de piedade e compreensão para o obsidiado, o que permitia a declaração da cura.¹⁵ Nessa perspectiva é que se organizaram as atividades dos hospitais espíritas que mencionamos, propondo a realização de sessões mediúnicas para o tratamento da loucura de pacientes obsidiados.

Contudo, a discussão de médicos com orientação espírita não foi unânime, havendo diversas perspectivas, reinterpretando a partir da doutrina. O médico Pinheiro Guedes, em 1955, aproximou essa visão com a frenologia de Franz Joseph Gall. A frenologia era um campo de estudos das faculdades psicológicas, uma teoria

sobre o funcionamento do cérebro e um método para determinar as habilidades pessoais através do exame das características anatômicas do crânio dos indivíduos. Na perspectiva de Guedes, essa teoria seria um exemplo das relações estabelecidas entre o corpo material e o corpo espiritual, o corpo material seria dirigido pelo espiritual, pois o espírito determinaria quais características seriam desenvolvidas pelo corpo, o espírito imprimiria no corpo a feição característica de suas tendências morais e intelectuais. Segundo Jabert, ele reproduzia os preconceitos raciais de sua época expressos nas teorias do campo da frenologia e do darwinismo social, explicando-as através da teoria espírita. Essa perspectiva estaria presente na discussão de outros médicos que se aproximavam do espiritismo, como Wantuil de Freitas, em 1938, que publicou que o cérebro não é considerado órgão produtor do pensamento por esta ser uma característica só do espírito; daí não aceitar manifestação a partir do cérebro. Ou Inácio Ferreira, diretor do Sanatório Espírita de Uberaba, que publicou, em 1949, que a medicina se mostrava incapaz de demonstrar, de forma satisfatória, a localização da inteligência e dos traços de personalidade do cérebro, como se processavam as emoções, os sentimentos, sendo o pensamento derivado do espírito a ponto de se confundirem. Inclusive um dos médicos, Antão de Vasconcelos, publicado originalmente em 1907, argumentava que grande parte dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos seria de médiuns que, ao não se recordar do que acontecera quando dominados por um espírito obsessor, não possuíam conhecimento dos motivos porque estavam internados. Isso ocorreria porque os médiuns latentes possuíam o sistema nervoso mais excitável do que os demais, o que geraria uma obsessão mais violenta. O espírito obsessor ocuparia o lugar de hipnotizador/magnetizador cuja influência dependia de uma suscetibilidade definida em termos morais, gerando maior influência sobre o obsidiado de acordo com o seu caráter. Segundo Jaber, todos os livros de médicos brasileiros analisados por ele que defendiam os pressupostos do espiritismo sobre loucura na primeira metade do século XX apresentam argumentos de defesa da loucura por obsessão, explicitando a complexidade desse pensamento de acordo com as demais influências recebidas por esses autores.¹⁴ Nesse contexto de informações é que se organizou a proposta de hospital espírita na cidade de Porto Alegre.

O Hospital Espírita

O hospital foi pensado inicialmente por dois médicos que atuavam na Sociedade Espírita Allan Kardec, doutor Oscar José Pithan (1879-1942) e doutor Henrique Inácio Domingues,¹⁵ que realizavam reuniões regulares na instituição. Eles manifestavam

a preocupação com doentes mentais desprovidos de recursos financeiros, sem auxílio, jogados ao acaso. Na primeira reunião para a organização do hospital, doutor Pithan explicou que teria recebido uma incumbência do plano espiritual para essa obra. Acreditavam que muitos eram obsediados em consequência da mediunidade não desenvolvida e de processo obsessivo causado por espíritos vingativos de influências maléficas.¹⁶ Eram médicos que expressavam os mesmos termos da perspectiva formulada por Bezerra de Menezes. Segundo o histórico publicado pela sociedade, eles teriam sido suggestionados pela obra *A Loucura sob Novo Prisma*, que aconselhava a terapêutica espiritual integrada aos conhecimentos da medicina no tratamento dos enfermos alienados.

Eles formaram a Sociedade Humanitária Jesus Nazareno com esse objetivo, que se desligou da Sociedade Espírita para construir um hospital. Lançaram uma campanha para angariar recursos e foi adquirido inicialmente um terreno para esse fim em 1912. O terreno foi vendido e recebeu uma doação, de Maria de La Grande Mostardeiro, que possibilitou a construção do Hospital Espírita Jesus Nazareno num bairro afastado do centro da cidade de Porto Alegre, inaugurado em 25 de dezembro de 1926.¹⁷

O mapeamento feito em periódicos faz referência constante às atividades desenvolvidas pela entidade para adquirirem os recursos.¹⁸ Em notícia sobre a inauguração do hospital, há referência a “socorrer aos sofredores de moléstias mentaes, sem distincção de crenças religiosas. Basta que o indivíduo necessite de socorros daquele hospital para que desde logo seja ali convenientemente atendido”.¹⁹ Em 1926 o hospital possuía 2 pavimentos: no primeiro havia 2 quartos, 1 sala de refeições, 1 dispensa, 1 cozinha, 2 banheiros e 3 WC; no segundo pavimento havia 13 quartos, 2 banheiros e 3 WC, espaço para consultórios e enfermarias; na parte “sub-terrança” do edifício havia 15 peças, todas confortáveis e com condições de receberem enfermos, totalizando 40 leitos. Segundo a notícia, os compartimentos foram construídos obedecendo aos princípios de higiene e segurança, com água encanada e luz elétrica. Diversas sociedades espíritas da capital propuseram-se a mobiliar alguns quartos. O custo da obra teria sido de 150 contos, angariados através da contribuição de Maria Mostardeiro, das organizações espíritas da capital e do interior. “O tratamento obedecerá ao systema espirita zdevendo, dentro de poucos dias ser montada a pharmacia em compartimento especial”.²⁰

O Estatuto aprovado em 1933 determinava que ele deveria abrigar os “doentes da alma” que a ele recorresseem, proporcionando “conforto, tratamento e assistência espiritual” a todos. Contava com leitos mantidos pelas congregações espíritas que se dispusessem a colaborar na manutenção. E um ambulatório para prestar serviços de assistência espiritual e passes espíritas a pessoas externas ao hospital. Tinha um gabinete médico-cirúrgico chefiado por médicos para atender moléstias somáticas dos

internos e um “aparelhamento medicamentoso e cirúrgico” para socorrer os casos de urgência. A finalidade era “curar com as mãos em nome de Jesus Cristo, – a bem – de, pela mediunidade curadora, restaurar a fé cristã”.²¹ Em 1932 houve a inauguração de melhoramentos, com um gabinete médico-cirúrgico para intervenção cirúrgica e exames clínicos, com todo o material e equipamentos adquiridos pela Companhia Geral de Indústrias.²²

Em razão de muitos enfermos procurarem o hospital, o espaço físico tornou-se pequeno. Novamente com o desenvolvimento de diversas campanhas, foi adquirida uma área de 6 hectares num bairro ainda mais distante, em um “lugar alto e salubre em meio à beleza natural”. Destaca-se a atuação de um presidente da entidade que assumiu em 1933, Conrado Riegel Ferrari, permanecendo na direção do hospital por 37 anos, até sua morte em 1970. Era funcionário da Prefeitura de Porto Alegre e foi prefeito da cidade de 1946 a 1947. Quando ele assume é que foi realizada a mudança de estatuto. A mudança trocou o nome de Sociedade Espírita Jesus Nazareno para Hospital Espírita de Porto Alegre para poder receber recursos governamentais. Uma proposta de construção de um novo pavilhão para o hospital foi feita em 1934, autorizando-o a contrair empréstimo para sua realização e a captar recursos com a venda de títulos de capitalização, inovação na época. Em 1935 a ideia já era a construção de um novo hospital, pois a área em que se situava era muito pequena. Foi comprado o terreno de uma chácara e iniciadas as obras em 1939, pois já possuíam 300 contos de réis para a obra. Em 1941 foi inaugurada a primeira ala de um novo edifício com capacidade para 120 leitos. A segunda ala foi inaugurada em 1951, a terceira em 2 etapas, 1955 e 1964, com 140 leitos, a quarta em 1965 e a quinta em 1969. Em 2015 teriam 313 leitos, ainda hoje em funcionamento.²³

O estatuto aprovado em 1933 definia que o hospital deveria manter um ambulatório para serem prestados serviços de assistência espiritual e passes espíritos a todas as pessoas externas ao hospital, mas que buscassem alívio e a ele recorressem.²⁴ Até essa data de 1933, a preocupação principal era atender segundo a perspectiva espírita, mantendo acolhida inclusive aos externos ao hospital.

Em panfleto de divulgação do hospital, provavelmente de 1964, já não há mais a especificidade de tratamento espírita, afirmando que “é um nasocômio especializado no tratamento de moléstias mentais e nervosas, fazendo-o rigorosamente de conformidade com a moderna terapêutica médica adotada no país”.²⁵ É um complexo com 3 alas, dispondo de 380 leitos.

Não encontramos reclamações às atividades do Hospital Espírita nos periódicos pesquisados. Em uma série de reportagens realizada pelo jornal *Diário de Notícias* de Porto Alegre sobre a alienação mental no estado, em 1958, as referências ao hospital são sempre positivas, destacando as dependências especiais para os

doentes, “perfeitamente atualizadas”, com paredes à prova de som, aparelhos de ar condicionado, não havendo possibilidade de acesso dos enfermos a material que pudesse ser perigoso. Nem as janelas seriam de acesso aos pacientes. “O paciente está alheio a tudo que não faça parte do tratamento”. Menciona haver sessões de cinema duas vezes por semana. Segundo o jornal, não há preconceito religioso, podendo pacientes de quaisquer crenças solicitarem assistência religiosa de seus ministros, sendo todos os credos bem aceitos. Os pacientes espíritas receberiam, diariamente, “a assistência religiosa de grandes médiuns do Espiritismo, tendo este atendimento espiritual recomposto o equilíbrio mental de grande maioria de alineados, mesmo nos casos em que a medicina não pôde explicar como”.²⁶

A maior parte das informações encontradas são de periódicos e não encontramos referências a denúncias sobre o hospital. Em 1974/75 foi construído um pavilhão que servia como Almoarifado, mas um incêndio destruiu o prédio em 1980, com perda total dos documentos do hospital.²⁷ Essa situação somou-se a preocupação dos administradores em não divulgarem informes do hospital. Apesar da boa vontade no atendimento, os pesquisadores não são estimulados a realizar nenhum tipo de pesquisa. A dificuldade com o acesso à documentação é um dos problemas, mas outros, como Raphael Alberto Ribeiro sobre o Sanatório Espírita de Uberlândia, mencionam a escassez de documentação produzida pelos internos, restando somente remontar a história a partir dos dirigentes.²⁸ Eveline Stella de Araujo insiste nas dificuldades de acesso às instituições, desde a liberação por comitês de ética para pesquisas com seres humanos, por prevalência de um modelo quantitativo que não reconhece as metodologias das ciências humanas, até às restrições próprias de cada uma das instituições para a observação.²⁹ Parte das informações que me foram prestadas oralmente em visita ao hospital não foram autorizadas, pelo esforço do hospital em não ser relacionado com uma perspectiva espiritual que não teria correspondência com o atendimento da medicina. Hoje o hospital oferece serviços médicos e terapêuticos. A atividade espírita é realizada pelo Departamento de Assistência Espiritual para oferecer acolhimento a pacientes, familiares e funcionários, atividades desenvolvidas por voluntários do movimento espírita atuantes na instituição.³⁰

Considerações finais

De forma geral, as causas das doenças na perspectiva espírita resumem-se a dois eixos, segundo Marcelo Ayres Camurça. A doença ligada ao processo de desenvolvimento espiritual dos indivíduos, resultado de situações vividas em existências anteriores e a doença como produto de interferência de espíritos inferiores

que dominam corpos e mentes de indivíduos vulneráveis a essa influência, chamada obsessão. No entendimento doutrinário, o alívio e a recuperação da doença priorizam a esfera espiritual e moral, através de reforma íntima, prática do Evangelho, meditação, uso da prece e fluidoterapia⁵¹ dos passes e de água fluidificada como recurso de terapia individual para harmonizar o padrão vibratório do indivíduo com vibrações mais elevadas de planos espirituais superiores. O processo de cura da desobsessão deve ser dirigido por espíritos superiores do plano espiritual, sendo os médiuns instrumentos dessas forças benfazejas através da doutrinação dos espíritos obsessores, visando removê-los do seu domínio sobre os obsidiados.⁵² Essas sessões demandavam a presença de um grupo de médiuns para sua realização e podiam ser bastante tumultuadas no seu desenrolar, dependendo do grau de resistência oferecido pelo espírito obsessor a sua doutrinação. O processo implicava em afastar a entidade obsessora e tinha por objetivo levá-lo a aceitar os princípios da doutrina espírita e conscientizá-la da necessidade de se afastar da vítima, para que ambos pudessem avançar no seu processo espiritual. Esses procedimentos foram utilizados no Sanatório Espírita de Uberaba, de onde se tem os casos analisados por Alexander Jabert. Ele afirma que a terapia espírita era conjugada com médico-psiquiátrica, consideradas complementares, constituindo uma instituição híbrida. Em relação à psiquiatria, observa-se uma ênfase no aspecto terapêutico do isolamento do paciente, na utilização de estratégias de contenção e administração de punição no interior do sanatório.⁵³ Provavelmente ambas as terapêuticas foram utilizadas no caso do Hospital Espírita de Porto Alegre, pelas insistências que o hospital fosse reconhecido como uma instituição de tratamento de acordo com a medicina institucional. É o que se destaca nas escassas descrições existentes nos periódicos, afirmando as práticas espírita e médica.

Ainda temos muito a ser pesquisado no que trata dessas práticas religiosas e clínicas, considerando que não há uma separação rígida desses procedimentos na compreensão dos indivíduos que as utilizam. Partilhamos do reconhecimento de pesquisadores que tratam da temática que os grupos acionam uma série de recursos terapêuticos diferenciados para a resolução dos seus problemas de saúde, desde que ofereçam uma explicação considerada satisfatória para as suas dificuldades, gerando inteligibilidade para suas experiências.

Notas

1. Giumbelli, Emerson, *O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1997; Aubrée, Marion, Laplantine, François, *A mesa, o livro e os espíritos*, Maceió, UFAL, 2009; Damázio, Sylvia F., *Da Elite ao Povo*, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1994.
2. Araujo, Eveline Stella de. *Médicos, Médiuns e Mediações: um estudo etnográfico sobre médicos-espíritas*, Curitiba, Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal do Paraná, 2007.
3. Almeida, Alexander Moreira, “Visão Espírita dos Transtornos Mentais”, in XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Goiânia, 2003.
4. Wadi, Yonissa Marmitt, “Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (Brasil, 1980–2011)”, in *História Unisinos*, vol. 18, n. 1, jan-abr 2014, pp. 114–135.
5. Lima, Andrea de Alvarenga, *Psiquiatria e espiritismo no atendimento à doença mental: a história do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro (Curitiba – 1930–1950)*, Curitiba, Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, 2011.
6. Ribeiro, Raphael Alberto, *Almas Enclausuradas: práticas de intervenção médica, representações culturais e cotidiano no Sanatório espírita de Uberlândia (1932–1970)*, Uberlândia, Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, 2006.
7. Jabert, Alexander. *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX*. Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.
8. Jabert, Alexander; Facchinetti, Cristiana. “A Experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba”, in *Revista Latino Americana de Psicopatologia*, vol. 14, n. 3, set 2011, pp. 513–529; Giumbelli, Emerson, *O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1997; Kardec, Allan, *O Livro dos Espíritos*, Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 1983 (1857).
9. Almeida, Angélica Aparecida Silva de. “Uma fábrica de loucos”: *psiquiatria X espiritismo no Brasil (1900–1950)*, Campinas, Doutorado em História, Universidade Estadual de Campinas, 2007.
10. Essa é uma ampla e complexa discussão, realizada por vários pesquisadores, percorrendo a constituição da psiquiatria na Europa e no Brasil. Reforço os textos de Angélica de Almeida e Alexander Jabert, acima citados.
11. Jabert, Alexander. *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX*. Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008. Menezes, Bezerra de, *A Loucura sob Novo Prisma: estudo psíquico-fisiológico*, Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 2012 (1920).
12. Wantuil, Zêus, *Grandes Espíritas do Brasil*, Rio de Janeiro, Federação Espírita do Brasil, 2002; Arribas, Célia da Graça, *Afinal, espiritismo é religião?*, São Paulo, Alameda, 2010.
13. Menezes, Bezerra de, *Loucura sob Novo Prisma*, Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 2012 (1920); Jabert, Alexander, *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX*, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.
14. Jabert, Alexander, *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX*, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008, 2.4 Espiritismo e loucura, p. 107–130.
15. Não encontramos maiores referências sobre ele.
16. Miranda, Rosemerie Assis de, *Sociedade Espírita Allan Kardec: 120 anos de memórias*, Porto Alegre, Sociedade Espírita Allan Kardec, 2015, p. 56–57. E material produzido pelo Hospital: “Os Presidentes do Hospital Espírita de Porto Alegre”. Sem autor e sem data. Acervo do HEPA.
17. Idem.
18. Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 26 ago 1922 (doação de terreno no Caminho do meio pela viúva Pedro Mostardeiro); 25 set 1922 (lançamento da pedra fundamental do hospital); 3 out 1922 (empresa de cinema realiza espetáculo para reverter ao hospital); 21 mai 1923 (festival em benefício das obras do hospital); 4 jul 1927 (querresse promovida em benefício do hospital); 26 dez 1927 (doações de alimentos pela União Espírita Porto alegrense). Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil.
19. Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 21 dez 1926, p. 3, “Notícias Espíritas”.

SABERES HOSPITALARES EM INSTITUIÇÕES ESPÍRITAS

Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil. Manteve-se a grafia da fonte.

20. Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 21 dez 1926, p. 3, Notícias Espíritas; 27 dez 1926, p. 3, “A Inauguração do Hospital Espírita”. Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil.

21. “Estatutos do Hospital Espírita. Fundado em 17 de fevereiro de 1921”, Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 11 abril 1933, p. 7. A notícia no jornal não possui todos os artigos dos estatutos.

22. Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 4 out 1932, p. 4, “Hospital Espírita”. Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil.

23. Material produzido pelo Hospital. “Os Presidentes do Hospital Espírita de Porto Alegre”. Sem autor e sem data. Acervo do HEPA. Miranda, Rosemerie Assis de, *Sociedade Espírita Allan Kardec: 120 anos de memórias*, Porto Alegre, Sociedade Espírita Allan Kardec, 2015, p. 57.

24. Jornal *A Federação*, Porto Alegre, 11 abr 1933, p. 7, “Estatutos do Hospital Espírita”. Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil.

25. Panfleto Hospital Espírita. Acervo do HEPA.

26. Jornal *Diário de Notícias*, Porto Alegre, 9 ago 1958, p. 14. No dia 15 de agosto de 1958 há uma nota do jornal registrando agradecimento do Hospital pelo reconhecimento da obra, p. 26. Hemeroteca da Biblioteca Nacional, Brasil.

27. Material produzido pelo Hospital. “Os Presidentes do Hospital Espírita de Porto Alegre”. Sem autor e sem data. Acervo do HEPA.

28. Ribeiro, Raphael Alberto, *Almas Enclausuradas: práticas de intervenção médica, representações culturais e cotidiano no Sanatório espírita de Uberlândia (1932-1970)*, Uberlândia, Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, 2006, p. 103.

29. Araujo, Eveline Stella de. *Médicos, Médiuns e Mediações: um estudo etnográfico sobre médicos-espíritas*, Curitiba, Dissertação de Mestrado em Antropologia Social/UFPR, 2007.

30. HEPA. Disponível em <http://www.hepa.org.br/Servicos/>. Acesso em 31 ago 2020.

31. Aplicações, através das mãos, embasadas nas teorias das propriedades terapêuticas das irradiações de fluido magnético que emanaria dos médiuns, intensificadas pela intervenção auxiliadora de um espírito desencarnado. Jabert, Alexander, *De Médicos e Médiuns: Medicina,*

Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008, p. 166.

32. Camurça, Marcelo Ayres, “Entre o carma e a cura: tensão constitutiva do espiritismo no Brasil”, in *Plura, Revista de Estudos de Religião*, vol. 7, no. 1, 2016, pp. 230–251. Nem tratamos do fornecimento de receituário mediúnico através da distribuição de remédios homeopáticos porque não encontramos menção a esses procedimentos no hospital, apesar de ser provável sua utilização.

33. Jabert, Alexander, *De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XIX*, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

Críticas e propostas do naturalista suíço Moisés Bertoni à prática médica e à assistência hospitalar em Assunção (Paraguai) na primeira metade do século XX

* Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Um naturalista suíço e suas ideias sobre medicina e higiene

O naturalista e botânico suíço Moises Santiago Bertoni (1857-1929)¹ imigrou para a América com o objetivo de nela instalar uma colônia agrícola, o que se deu, primeiramente, na província de Misiones, Argentina, de 1884 a 1887, e, depois, no Paraguai, de 1887 a 1929. O projeto de fundação de uma colônia autossustentável, com base em teorias políticas e sociais progressistas, se tornou realidade após a concessão de terras pelo governo paraguaio em uma região localizada a dez quilômetros da fronteira com Foz do Iguaçu (Brasil), que daria origem a Puerto Bertoni. Nessa região do alto do rio Paraná, dedicou-se às pesquisas sobre a fauna e a flora locais e, também, sobre as populações nativas, devido à proximidade da colônia a uma reserva indígena da tribo Mbyá guarani. Foram esses estudos que o levaram a, posteriormente, afirmar que o termo civilização podia ser definido como “o desenvolvimento da agricultura como base da vida material, da moral como base da vida psíquica, das artes como gozo e relação, e da liberdade e da democracia como meios de dignidade individual e coletiva”.²

Sabe-se que em Puerto Bertoni ele manteve uma biblioteca com mais de 17 mil obras,³ laboratórios experimentais e, inclusive, uma gráfica – a *Ex Sylvis* – e uma agência de correio, por meio da qual despachava seus trabalhos para revistas e bibliotecas científicas de vários países, e cuja difusão e leitura garantiram-lhe convites para representar o Paraguai em congressos científicos internacionais.⁴ Durante as quase quatro décadas em que viveu entre a Argentina e o Paraguai, Bertoni empenhou-se em manter contato com outros cientistas e com a produção dos maiores centros de pesquisa científica da Europa e da América.⁵

Entre seus trabalhos mais importantes estão o *Almanaque agrícola paraguayo y agenda del agricultor* (1901), *Las plantas usuales del Paraguay* (1901), *Agenda y mentor agrícola: o guía del agricultor y del colono* (1926); os artigos publicados na *Revista de Agronomía* e nos *Anales Científicos Paraguayos*; a obra – não concluída – *Descripción física, econômica y social del Paraguay* e, ainda, os três volumes de *La Civilización guaraní* (1922, 1927, 1954). Para além deles, devem ser também mencionadas as conferências proferidas em eventos no Paraguai⁶ e no exterior e, ainda, as relações de viagem.⁷

Nas conferências e obras de Bertoni encontraremos as primeiras referências “ao guarani como alguém superior” e à raça paraguaia, “ainda que mestiça, branca *sui generis*, que recolhe o melhor dos espanhóis mesclado com os indígenas”, como “uma ‘raça superior’”, estabelecendo-se, também, claramente “a questão da ‘raça paraguaia’ como explicação necessária para a história do Paraguai”.⁸ A despeito de seu empenho para a valorização da cultura guarani em um contexto de disseminação das teorias da

degeneração e da eugenia, suas análises de fontes documentais e suas observações etnográficas foram consideradas pouco rigorosas por outros intelectuais do período, razão pela qual foram alvo de severas críticas e descrédito.⁹

Em 1928, um ano antes de sua morte – aos 72 anos –, Bertoni realizou um inventário de suas atividades científicas, que, posteriormente, foi publicado na revista *Crítica Médica*. Nesse texto, ele voltou a observar que “é muito conveniente que se perceba que não se trata somente de observações pessoais ou de meras opiniões, mas, sim, de um conjunto de dados antigos e modernos, muito numerosos e concordantes, e de valor indiscutível”.¹⁰ Nesse inventário estão as experiências que realizou com plantas medicinais, os estudos sobre a composição química dos solos e a melhor estação climática para determinados cultivos, nos quais deixa evidente a percepção de “que tudo está unido na natureza, e tudo pode influir sobre tudo, em uma inter-relação complicadíssima e muitíssimas vezes imprevista”.¹¹

Mais do que culpabilizar “os europeus pelo impedimento do desenvolvimento guarani e pela condenação de costumes e práticas úteis, que provavam objetivamente o grau dos conhecimentos indígenas”,¹² Bertoni se empenhou em ressaltar a “nobreza física” dos guaranis, seus “altos valores morais [e] seus ensinamentos para o avanço da farmacologia, medicina, botânica, zoologia e outras muitas disciplinas mais”.¹³ Procurou, ainda, contrapor os “médicos verdadeiros” da Europa com os ‘sábios guaranis’ do Paraguai, cujos conhecimentos os faziam hábeis no reconhecimento das plantas e dos remédios”, afastando deles a vinculação com os “registros sobre bruxarias ou comportamentos irracionais”.¹⁴

Em sua obra *La Civilización Guarani*,¹⁵ Bertoni expôs suas ideias sobre a medicina e a higiene guaranis, vinculando-as ao contexto da prática médica e da saúde pública no Paraguai das últimas décadas do século XIX e primeiras do século XX.

O terceiro volume, que intitula-se “Conhecimentos”, está dividido em dois livros, sendo que o primeiro deles trata d’ “A higiene guarani”, que conta com três partes, a saber, “Importância prática e científica”; “Outros aspectos da higiene física e sexual” e “Higiene moral”; já o segundo é dedicado à “Medicina guarani”. No primeiro livro, que trata da higiene praticada pelos guaranis, Bertoni informa que eles tinham o cuidado de lavar as mãos antes e após as refeições, seguido de enxaguamento bucal. Diz, ainda, que, ao prepararem os alimentos, os lavavam várias vezes e só os manuseavam com as mãos limpas, e que embrulhavam as comidas em folhas de palha ou milho para não tocá-las.¹⁶ O asseio do corpo era realizado nos rios, mais de uma vez ao dia, independentemente da estação climática, observando-se, ainda, o cuidado com as unhas, mãos e pés.

Segundo Bertoni, poucos, dentre os naturalistas e pesquisadores estrangeiros, haviam dado importância à medicina e à higiene

indígena e outros não haviam mantido com os nativos o contato necessário.¹⁷ Essa percepção ficaria bastante evidente no prefácio do terceiro volume, quando ele, referindo-se à “higiene guarani”, afirma:

“Ninguém pensou que um povo tido por bárbaro e ainda selvagem pudesse ser professor em uma ciência de capital importância para toda a humanidade, e ainda por cima, em uma das ciências mais modernas. [...] Em efeito [referindo-se à higiene], esses Guaranis se colocaram à altura dos mais cultos e cuidadosos entre os europeus”.¹⁸

Mais adiante, ele afirma que o horror dos guaranis aos “excrementos não podia ser devido exclusivamente à sensibilidade dos órgãos sensoriais. [...] Seguramente incluía também um conhecimento sobre o perigo que representavam para a saúde pública”.¹⁹ Ele acrescenta, ainda, que eles adotavam um

“complexo [procedimento] de higienização constituído pela urucuização, com a lavagem diária e a fricção oleosa de todo o corpo. Com semelhante procedimento, nenhum micróbio permanecia sobre a pele, a não ser por algumas horas. Ao espantar a todo mosquito e outro inseto molesto, se impediam as infecções causadas pelos artrópodes, tão temidas em todos os climas”.²⁰

Bertoni refere, também, “o suco do fruto do Jenipapo”, utilizado “como desinfetante da pele em certas enfermidades, a ponto de, às vezes, pintarem com ele todo o corpo”, e o “Pau amargo”, empregado “para desinfecção da pele e preservação contra a picada de mosquito e outros insetos, sendo, todavia, de uso geral a primeira espécie, que parece ser a mais ativa”.²¹ Destaca, ainda, que “A água fervida é considerada, com muito acerto, para conservar a assepsia e desinfetar as superfícies enfermas”.²² Nas páginas iniciais do segundo livro do terceiro volume, Bertoni afirma que a obra do naturalista holandês Wilhelm Piso foi fundamental para seu estudo sobre a medicina guarani e que recorreu também a ele para identificar as enfermidades endêmicas mais comuns, tais como a varíola e a malária. Em relação à esta última, Bertoni afirma que o fogo sempre aceso, o costume de dormir em redes e de passar urucum amassado com azeite de palma pelo corpo [que afastava os mosquitos] contribuía para reduzir sua propagação entre os guaranis.

Ao final do capítulo XV, intitulado “Desinfecção”, ele apresenta as enfermidades que acometiam a população paraguaia:

“O difícil trabalho dos médicos que vimos até aqui, veio diminuir notavelmente a influência que sobre o estado sanitário geral tinham as enfermidades endêmicas, a malária, a dengue, a

ancilostomíase, a leishmaniose, o piã ou suposta sífilis, a filariíase e outras mais. Os indícios que se inferem das memórias antigas deixam a impressão de que essas enfermidades, à época da chegada dos europeus, eram menos comuns e de menores consequências que atualmente; e talvez muito menos. Também o descuido da higiene é agora maior e geral em todos estes países”.²³

Esta é a razão para que Bertoni desse grande destaque a

“uma característica importantíssima da higiene guarani. E a relação entre a higiene e a medicina. [...] até hoje em dia, o público em geral segue atribuindo as enfermidades e a brevidade da vida a todo tipo de influências e não à falta de higiene. [...] e faz tão pouco tempo que a higiene se tornou uma ciência, já que em muitas universidades do século passado não era ensinada. Tão ausente ou obscuro estava, todavia, o conceito de que a higiene pudesse ter uma influência determinante ou decisiva sobre a origem e o desenvolvimento das enfermidades, que não faz mais de meio século, em várias universidades europeias, passar no exame de higiene não era obrigatório para obter o título de doutor em medicina”.²⁴

O naturalista suíço ressaltou, também, que “a longevidade depende essencialmente da alimentação, do asseio e da alegria. E este conceito estava fortemente enraizado na mente dos Guaranis, como mais adiante se verá”.²⁵ A alimentação dos guaranis “resulta em tudo conforme os últimos ditames da ciência. Era essencialmente vegetariana, sendo que admitiu carnes com restrição”.²⁶

Cultivavam mandioca e batata, viviam de brotos, de ervas, de folhas e de frutos; não usavam sal, aguardavam a comida esfriar e comiam lentamente e calados.²⁷ A estas práticas, se associavam as seguintes regras: “reunião festiva, sono tranquilo e boa cama”.²⁸

Em relação às plantas medicinais, o botânico suíço já havia afirmado, em obra de 1901, que os guaranis conheciam “as famílias naturais [...] a maior parte dos termos admitidos pela ciência e designam a cada um dos grupos com um nome fixo, como na botânica [...] Isso é admirável, e nada parecido se encontra nos idiomas europeus”.²⁹ Alguns anos depois, ele não apenas ressaltaria que “nenhum povo da terra entregou a ciência médica tantas plantas medicinais como o povo guarani”,³⁰ como faria a seguinte indagação:

“Pode-se dizer ainda que os guaranis não tinham conhecimentos científicos e somente se limitavam a superstições grosseiras de que falei? Evidentemente que não. Eu mesmo vi um grande número de casos. E é assim como eu pude comprovar que empregavam acertadamente os antissépticos, os antitérmicos, os tônicos, adstringentes, evacuantes, depurativos de sangue, anti-hemorrágicos [...] e fiquei verdadeiramente assombrado,

como o povo que não tinha literatura, que transmite de pais para filhos, de geração a geração, esses conhecimentos, pode ter chegado a conhecimentos tão complicados e relativamente tão perfeitos. Se os guaranis tivessem uma verdadeira literatura, a coisa seria interessante; não a tendo, foi para mim maravilhoso”.⁵¹

Em 1927, Bertoni afirmaria que “vários volumes poderiam ser escritos a esse respeito, sem esgotar o tema. Mas, a matéria era tão vasta, complexa e difícil, que pretender oferecer ao público um manual relativamente completo da flora médica dos países guaranis, seria algo prematuro”.⁵² No *Diccionario botánico latino-guaraní y guaraní-latino*, obra publicada postumamente em 1940, encontra-se, mais uma vez, registrada sua admiração pela taxonomia indígena, sua crítica ao saber ocidental e a defesa de que “O saber botânico-guarani devia atuar como ponte entre quem descreve as plantas e quem as utiliza”.⁵³ E, ainda, que:

“Os guaranis possuíam conhecimentos semiológicos necessários para definir um diagnóstico primário e aplicar o tratamento indicado. Denominavam a anemia, *mba’asy*; a extrema fraqueza, *piru* ou *pire hyru*; a perda da força física, *kangy*; e a tuberculose, *mba’asy poli*. [...] o *pytuhê*, a respiração; *pire raku’í*, febrícula; *akânundu*, febre com taquicardia; *tye rasy*; contrações abdominais; *tye ruguy*, disenteria; *py’a pereré*, taquicardia; *mba’asy kane’o rurupa*, insuficiência cardíaca, e outros mais atuais provenientes do espanhol distorcido como a icterícia e diversas moléstias não bem identificadas, conhecidas como pasmo”.⁵⁴

Para o naturalista e botânico suíço, um estudo comparativo entre os conhecimentos médicos europeus dos séculos XV e XVI e os dos guaranis levaria, sem dúvida, à conclusão de que os últimos estavam muito mais adiantados. Ele, contudo, não deixa de advertir que “o médico indígena nunca contará tudo o que sabe, nem revelará todos seus procedimentos”, porque “guarda cautela sobre o que é, em geral, o mais interessante; e faz isso [...] por um motivo [...] que é a conservação do seu próprio poder ou dom de curar”.⁵⁵

A formação de médicos e a situação dos hospitais nas primeiras décadas do século XIX

Foi somente em 1890 – três anos depois da chegada de Bertoni ao Paraguai –, que a Universidade Nacional de Asunción – composta pelas faculdades de Direito, Ciências Sociais e Medicina – foi fundada, sendo que seu primeiro reitor foi o professor espanhol

Ramón Zubizarreta. A falta de profissionais paraguaios para assumir as cátedras universitárias implicou a admissão de professores estrangeiros e o incentivo à formação de profissionais em medicina junto à Universidade de Buenos Aires. As dificuldades – financeiras e políticas – encontradas para o funcionamento da Faculdade de Medicina provocaram seu fechamento logo após sua criação, sendo que sua reabertura se deu somente em 1898, com número expressivo de professores estrangeiros, como o uruguaio Justo Pastor Duarte, o argentino Patricio Brenan, os italianos Victor Mariotti e José Caldarera e o húngaro Juan Daniel Anisits.

Somente em 1894, durante o governo do presidente Juan B. Egusquiza, seria inaugurado o Hospital de Caridad ou San Vicente de Paulo, em substituição ao Hospital Viejo ou Hospital Potrero, que seria entregue aos cuidados das Irmãs de São Vicente de Paulo, que se encontravam no Paraguai desde 1880. Nacionalizado em 1915, tornou-se o Hospital Nacional, denominação que foi alterada em 1927, quando passou a se chamar Hospital de Clínicas. Tanto as crônicas, quanto a imprensa de Assunção das últimas décadas do século XIX e primeiras do século XX registraram as dificuldades de acesso ao Hospital de Caridad, as precárias condições de suas instalações e a falta de instrumentos cirúrgicos.

Ao final do século XIX, a estrutura sanitária do Paraguai era praticamente inexistente, limitando-se a uma repartição sanitária, a Oficina Medica Municipal. A capital, Assunção, contava com quarenta mil habitantes, e não havia serviço de abastecimento de água potável nem esgoto. Um ano após a reabertura da Faculdade de Medicina, em 1899, a cidade viveria os efeitos de uma epidemia de peste bubônica e da precária estrutura sanitária e de saúde pública. Em janeiro do ano seguinte, 1900, foi aprovada a criação de um Conselho Nacional de Higiene, composto por médicos e farmacêuticos que exerciam o ofício na cidade de Assunção, e aos quais coube elaborar as normas de regulamentação do exercício da medicina e áreas afins no Paraguai e, em especial, o primeiro esboço de uma administração sanitária do país.

Os anos de 1900 a 1912 foram marcados por um cenário de permanente tensão política decorrente de desavenças e disputas intrapartidárias e de crises econômicas, aos quais se somavam os sucessivos golpes, os levantamentos armados e as substituições na presidência do Paraguai. Nem mesmo os festejos do Centenário da Independência foram organizados, devido ao clima de instabilidade política e econômica, que acabaria por provocar, por falta de alunos, o fechamento da Faculdade de Medicina, em 1912, e se refletiria sobre a já precária infraestrutura do Hospital de Caridad. Este, já sob a denominação de Hospital Nacional, seria ampliado somente a partir de 1915, após a criação da Assistência Pública Nacional e da Comissão de Assistência Pública e Beneficência Nacional, “uma repartição municipal de cuidados médicos e administração de medicamentos.”⁵⁶

O Conselho Nacional de Higiene passaria por reformulações em 1915, sendo definido que cabiam exclusivamente iniciativas preventivas ao recém-criado Departamento Nacional de Higiene. Dois anos depois, os dois órgãos seriam fundidos, dando origem ao Departamento de Higiene e Assistência Pública, que vigorou até a criação do Ministério da Saúde, em 1936. Vale lembrar que, na primeira década do século XX, o Paraguai também vivenciou as consequências da crise econômica mundial ocasionada pela Primeira Guerra Mundial (1914-1918), que incidiriam, inevitavelmente, sobre o Hospital Nacional e sobre a já precária situação sanitária do país, descrita desta forma pelo médico Cândido Vasconcellos:

“a botica – farmácia – do Hospital Nacional apenas se pode comparar com a mais humilde do interior. Em ocasiões, ali faltava álcool, tintura de iodo, guaiacol, glicerina. Quando algum paciente necessita soro, deve ser solicitado à Assistência Pública, pois o Hospital Nacional nunca o possui. Deve-se aumentar a quantidade de farmacêuticos que preparam as receitas por conta da demora que sofrem os pacientes. Os enfermeiros deixam muito a desejar, não sabem medir a temperatura, aplicar injeções, fazer massagens, etc. Seus serviços se reduzem a esvaziar as bacias e lavá-las mal, varrer também mal o piso. Quando deles se necessita, há que chamá-los aos gritos”.³⁷

Também o médico brasileiro Adolfo Lutz, em viagem realizada ao Paraguai em 1918, na companhia dos também médicos Heráclides de Souza Araújo e Olympio da Fonseca Filho, assim se manifestou sobre o que encontrou em Assunção:

“A capital paraguaia tem mais de 100.000 habitantes e nela trabalham 40 médicos, entre eles alguns estrangeiros. ... A iluminação é elétrica, mas não há água corrente. A população usa a água da chuva para beber. A cidade não tem telefones. ... Assunção possui um Colégio Nacional e uma Universidade, cuja Faculdade de Medicina está fechada há 9 anos por falta de alunos, dizem. Muitos dos médicos de Assunção estudaram e se diplomaram em Buenos Aires e alguns na Europa”.³⁸

Em seus diários, Lutz faz questão de ressaltar a preocupação e o empenho do diretor de Higiene Pública, doutor Andrés Barbero,³⁹ e do diretor do Hospital Nacional, doutor Migone, para contornar os graves problemas de saúde pública do Paraguai, “com atenção especial aos bubônicos [...] aos que têm leishmaniose [...] e a uma campanha contra a malária e a ancilostomíase”.⁴⁰ Não deixa, também, de destacar que o Paraguai apresentava focos de mal de Chagas, malária, disenteria amebiana e bacilar, lepra e sífilis,

e que as verminoses endêmicas se deviam ao calor e umidade constantes, à “baixa altitude e às zonas alagadiças.”⁴¹

Esses registros confirmam que as preocupações dos sanitaristas brasileiros e paraguaios nas primeiras décadas do século XX giravam em torno das enfermidades infecciosas, bacterianas e parasitárias. Para contorná-las de forma mais eficaz e qualificar o atendimento prestado aos enfermos, o governo paraguaio destinou, durante o governo do presidente Eligio Ayala, recursos para a contratação de médicos e professores estrangeiros, “principalmente franceses, para elevar o nível da formação médica”,⁴² o que não impediu que alemães, italianos e um brasileiro, o médico Edgar Roquette-Pinto,⁴³ ensinassem na Faculdade de Medicina de Assunção. Muitas dessas iniciativas, no entanto, teriam sua continuidade comprometida devido às dificuldades provocadas pelo confronto entre conservadores (colorados) e liberais, que ficou conhecido como Guerra Civil, e ocorreu de 1922 a 1923.

É preciso, no entanto, considerar que os enfermos paraguaios seguiam contando com curandeiros, boticários, farmacêuticos e parteiras, que ofereciam seus conhecimentos nas artes de curar, os quais se aproximavam daqueles adotados pelos médicos formados.⁴⁴ Estes, por não contarem com instrumentos capazes de confirmar diagnósticos,⁴⁵ dependiam, essencialmente, da observação e recorriam a procedimentos que conciliavam a farmacopeia popular com pressupostos de uma medicina, ainda, em muitos aspectos, pré-pasteuriana. De acordo com Románach e Paz, “No começo do século XX, nas boticas existentes a medicação era preparada por prescrição médica. Somente em meados dos anos vinte começaram a se importar alguns poucos medicamentos industrializados. [...] Até 1930, o país só importava medicamentos prontos”.⁴⁶

Parece-nos plausível supor que Bertoni, por sua atuação em cargos públicos – primeiramente, na *Escuela Nacional de Agricultura* e, posteriormente, na Dirección de Agricultura – e por seus contatos – de amizade ou profissionais – com políticos, intelectuais ou médicos paraguaios, tais como Juan Daniel Anisits, Juan O’Leary, Rodolfo Ritter, Edgar Roquette-Pinto e Andrés Barbero, tenha convivido de perto ou tido acesso às informações sobre as condições da prática médica e de saúde pública de Assunção e de outras cidades paraguaias nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX. Pode-se, ainda, supor que, em Puerto Bertoni, ele tenha podido conviver diariamente com as condições sanitárias que caracterizavam tanto as áreas urbanas quanto as rurais do Paraguai, bem como com as enfermidades que atingiam, indistintamente, tanto os camponeses da região, os guaranis que trabalhavam nas plantações da colônia, quanto os membros de sua própria família.⁴⁷

Vale lembrar que, por ter ocupado funções ligadas à gestão da agricultura no ano de 1913, Bertoni, certamente, conviveu

proximamente com o médico Andrés Barbero, que, no mesmo período, esteve à frente “do Diretório do Banco Agrícola” e, posteriormente, do Conselho de Agricultura e Indústria.⁴⁸ Anos mais tarde, Barbero assumiria a direção do Departamento Nacional de Higiene, e ordenaria “a escavação de 1.500 poços de água potável e a construção de 37.500 latrinas higiênicas” e também uma campanha contra a ancilostomíase.⁴⁹ Independentemente do convívio facultado pelo exercício de cargos públicos, o médico, com certeza, tomou contato com a produção de Bertoni, em especial com seus trabalhos sobre a medicina e a higiene guaranis, o que parece justificar sua proposição, na condição de presidente da Sociedade Científica do Paraguai, da publicação do segundo volume de *La Civilización guaraní*, em 1929.

À precariedade do atendimento hospitalar, da formação acadêmica dos médicos e do abastecimento de medicamentos se somavam a predominância da influência estrangeira (sobretudo, francesa e italiana) e as dificuldades decorrentes de surtos epidêmicos, dos constantes conflitos político-partidários, que provocavam instabilidade política e restrições orçamentárias, e aquelas resultantes de conflitos internacionais, como a Primeira Guerra Mundial, e que parecem explicar, em parte, as críticas de Bertoni à medicina praticada no Paraguai.

A valorização e a defesa dos saberes ligados à higiene e à alimentação e das práticas curativas empregadas pelos guaranis parecem, portanto, encontrar respaldo não exclusivamente em suas pesquisas e teorias, mas na observação da dura realidade vivida pelos paraguaios e no firme propósito de contribuir para amenizar ou contornar o precário estado sanitário e de saúde pública do Paraguai. E, para tanto, “Se apela, então, aos recursos dos ‘naturais’, a fim de garantir melhores possibilidades de sobrevivência em um meio hostil”.⁵⁰

Na abertura do capítulo XV do segundo livro – intitulado *Consideraciones generales al respecto de la Medicina Guaraní y de lo que actualmente sucede en nuestras poblaciones rurales. Lo que el País ofrecería a la Medicina Científica* –, Bertoni afirma que:

“Todo médico, que fugindo do burburinho das cidades, se entranha pelos campos e roças, para o exercício da sua profissão, se maravilhará ao ver como ali são aproveitadas nossas riquezas naturais em termos de matéria médica; e se tratasse de fazer uma lista das plantas que são empregadas pelos médicos indígenas e pelos curandeiros, se espantaria pelo elevado número a que teria que chegar. [...] não poderia, no entanto, deixar de aceitar muitas plantas, por serem verdadeiramente ativas, apesar de tóxicas, como agentes dignos de figurar em um levantamento científico de medicamentos”.⁵¹

Assim, para o naturalista suíço, cabia aos médicos paraguaios reconhecer que:

“Antes de outros povos civilizados, os Guaranis souberam chegar ao conceito de gênero, na botânica e na zoologia, conceito que exige muito fino espírito de observação [...] e excepcional faculdade para a abstração e a síntese, qualidades a que as massas populares europeias não chegaram ainda, não obstante século e meio de ensino e de estímulo científico e filosófico que de muitas e diversas maneiras receberam. [...] Na medicina popular, na tradição médica conservada pelos curandeiros e médicos indígenas, há um valioso corpo de conhecimentos práticos, o que pode servir de base para o começo da construção do formoso edifício de uma matéria médica nacional que esteja à altura dos atuais progressos da medicina. [...] Os médicos europeus, e os estrangeiros em geral, mediante tais pesquisas, poderão enriquecer a matéria médica universal, para a qual os Guaranis já trouxeram direta ou indiretamente notável aporte. Mas é aos jovens médicos nacionais que me dirijo principalmente, seguro de que alguns deles verão em semelhantes estudos uma dupla missão, científica e patriótica”.⁵²

No capítulo XVIII, o naturalista suíço acrescentaria que: “Aos nossos médicos cabe especialmente a grande e ilimitada obra de estudar metodicamente as plantas nativas e de fazê-las conhecidas, para o bem da ciência e do país”.⁵³ E prossegue, recomendando que o governo refletisse sobre os efeitos

“de que todo o ensino científico nos vem de países frios ou temperados. Nossos médicos se formaram sob a ordem direta ou indireta de professores europeus, e quando foram aperfeiçoar-se, foram à Europa. Europeus são os textos, os livros de consulta do estudante, a biblioteca do médico, e por fim todas as sugestões. Nisto, como em todas as outras coisas, o Paraguai é um país tropical e subtropical, sem relações com outros países de iguais condições. Tudo vem de países que têm outro clima, outra natureza, outra flora, especialmente, assim como outros gêneros de vida e elementos sociais muito distintos. ... Outras condições nossas desfavoráveis [...] são principalmente a falta de um herbário nacional [...], a escassez de médicos no interior e, especialmente, nas regiões afastadas [...] e por fim [...] a prevenção exagerada contra o curandeirismo. Para o mais – dentre a gente instruída da nossa capital – todo curandeiro é um impostor, mais ou menos farsante, e sempre um grande ignorante. Este é um grave erro”.⁵⁴

nem os recursos humanos”. Assim, a medicina guarani poderia ser não apenas “uma opção baseada na escolha circunstancial, devido às necessidades específicas e as carências próprias”, mas, também, “uma escolha cultural, onde se coloca à consideração da cultura ocidental as vantagens de outro sistema higiênico e, também, de uma ética sobre a natureza e o corpo substancialmente diferente da própria”.⁵⁵

Ao dirigir-se aos “jovens médicos nacionais”, Bertoni recomendou que fugissem “do barulho das cidades”, se entranhassem “pelos campos e pelas roças, para o exercício de sua profissão”, e que atentassem para a medicina popular e, em especial, para a tradição médica conservada pelos curandeiros indígenas, condição fundamental, segundo ele, para a elaboração “de uma matéria médica nacional que esteja à altura dos atuais progressos da medicina”.⁵⁶ Os estudos da flora, extensivos aos “médicos europeus, e aos estrangeiros em geral”, deveriam ser por eles encarados como “uma dupla missão, científica e patriótica”,⁵⁷ evidenciando não apenas a defesa da “civilização guarani”, mas, também, a postura nacionalista do botânico e naturalista suíço em relação ao Paraguai.

Considerações finais

Neste texto, reconstituímos e analisamos as condições sanitárias existentes e, especialmente, a prática médica e a assistência hospitalar oferecidas aos paraguaios na primeira metade do século XX, a partir de registros oficiais e da imprensa, de obras escritas por memorialistas e de relatos produzidos por médicos sanitaristas estrangeiros enviados em missão ao Paraguai. Apresentamos e discutimos, ainda, as críticas feitas pelo naturalista suíço Moisés Santiago Bertoni, que, por sua atuação em cargos públicos, tomou contato com a estrutura sanitária e hospitalar existente em Assunção.

A valorização e a defesa dos saberes ligados à higiene e à alimentação e das práticas curativas empregadas pelos indígenas guaranis parecem, portanto, encontrar respaldo não exclusivamente em suas pesquisas e teorias, mas na observação da dura realidade vivida pelos paraguaios e no firme propósito de contribuir para amenizar ou contornar o precário estado sanitário e de saúde pública do Paraguai.

Essa percepção se evidencia na recomendação que fez aos “jóvenes médicos nacionales” para que fugissem “del bullicio de las ciudades”, se entranhassem “por los campos y las rozas, para el ejercicio de su profesión, que atentassem para a medicina popular e, em especial, para a tradição médica conservada pelos curandeiros e médicos indígenas, fundamental, segundo ele, para “la construcción del hermoso edificio de una materia

medica nacional que esté a la altura de los actuales progresos de la medicina”.⁵⁸

Em função dessa estrutura sanitária e hospitalar, os enfermos paraguaios acabavam procurando o atendimento de curandeiros, boticários e parteiras, que ofereciam conhecimentos, que, em grande medida, aproximavam-se daqueles adotados pelos médicos formados. Estes, por não contarem com instrumentos capazes de confirmar diagnósticos, dependiam, essencialmente, da observação e recorriam a procedimentos que conciliavam a farmacopeia popular com pressupostos de uma medicina, ainda, em muitos aspectos, pré-pasteuriana.

As críticas feitas à medicina praticada no Paraguai pelo naturalista suíço e por médicos paraguaios e estrangeiros deviam-se tanto à precariedade do atendimento hospitalar, face aos surtos epidêmicos, da formação acadêmica dos médicos e do abastecimento de medicamentos, quanto à predominância da influência estrangeira (sobretudo, francesa e italiana) e aos constantes conflitos político-partidários, que provocavam instabilidade política e restrições orçamentárias, as quais se agravariam ainda mais por ocasião da 1ª Grande Guerra Mundial.

Apesar de terem sido escritos e divulgados entre a última década do século XIX e a primeira metade do século XX, os artigos, conferências, relações de viagens e obras de Moisés Santiago Bertoni parecem ter antecipado as recentes discussões travadas no âmbito da nova história da medicina e da saúde acerca da “atuação de atores locais, incluindo indígenas e afrodescendentes na circulação global de materiais, ideias e práticas médicas”.⁵⁹ A elas se somam as que vêm sendo feitas por estudiosos da história da ciência, que consideram “insuficientes a unidirecionalidade e a dicotomia implícita nos modelos anteriores, que enfatizavam as noções de difusão cultural, centro-periferia ou imperialismo científico como elementos para análise”.⁶⁰

Notas

1. Bertoni estudou ciências jurídicas, físicas e naturais nas universidades de Genebra e Zurique, e, assim como outros cientistas, que, no século XIX, vieram para a América, sentiu-se atraído pela possibilidade de realizar investigações nos extensos territórios americanos. Em uma época em que o enciclopedismo começava a ceder seu posto à especialização, dedicou-se a estudar “desde a frequência das chuvas até os costumes dos nativos do lugar. Fez também incursões na linguística, levado pelo seu interesse nos idiomas indígenas”. Cf. Baratti, Danilo, *Moisés Santiago Bertoni y la generación nacionalista-indigenista paraguaya*, Bulletin Societé Suisse des Americanistes, v. 66-67, 2002-2003, p. 43.

2. Bertoni, Moisés Santiago, “Resumen de prehistoria y protohistoria de los países guaraníes”, in *Conferencias dadas en el Colegio Nacional de Segunda Enseñanza de la Asunción los días 26 de julio, 8 y 21 de agosto de 1913*, Asunción, Juan E O’Leary Editor, 1914, p. 70-71, tradução nossa.

3. O acervo composto por 17.372 exemplares se encontra, atualmente, sob custódia do Centro Cultural de La República – El Cabildo, em Assunção, Paraguai. Dentre os autores das obras que compunham a biblioteca de Bertoni estão Jean de Lery, André Thevet, Wilhelm Piso, Fernão Cardim, Ives D’Evreux, Pero de Magalhães Gândavo, Couto de Magalhães, Alexander von Humboldt, Johann Rudolf Rennger, Élisée Reclus, Silvio Romero, Francisco Adolfo de Varnhagen, Telêmaco Borba, Afrânio Peixoto, Erland Nordenskiöld, Hermann von Ihering e José Ingenieros. Ver mais em Ramella, Lorenzo; Ramella-Miquel, Yeni, *Biobibliografía de Moisés Santiago Bertoni: el hombre de ciencia visto por los demás*, Genève, Editions des Conservatoire et Jardin Botaniques de la Ville de Genève (Flora del Paraguay, serie especial, n.2), 1985.

4. Apesar da disciplina de trabalho e do empenho de Bertoni e de sua família na investigação, redação, impressão e encadernação dos artigos e obras produzidas pelo selo *Ex Sylvis*, autores como María Silvia Di Liscia (“Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”, in Oleaga, Marisa González; Bohoslavsky, Ernesto (Comp.), *El hilo rojo: palabras y prácticas de utopía en América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 2009, pp. 249-265) e Danilo Baratti, Patricia Candolfi (“Puerto Bertoni: realidad y ‘utopización’ de una colonia paraguaya”, in Oleaga, Marisa González; Bohoslavsky,

Ernesto (Comp.), *El hilo rojo: palabras y prácticas de utopía en América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 2009, p. 272, tradução nossa) ressaltam que “não sempre Moises consegue estar ao nível de seus colegas acadêmicos ou especialistas”, e que “o isolamento, os problemas de comunicação e as dificuldades econômicas da colônia não facilitaram sua integração na comunidade científica internacional”.

5. No registro feito sobre a viagem realizada ao Brasil, em 1922, além das referências aos estudos antropológicos que vinham sendo realizados na Argentina, no México, na Guatemala e no Equador, Bertoni revela conhecer a produção intelectual [antropológica] brasileira, destacando os estudos publicados sobre etnologia nos *Anais da Biblioteca Nacional* e na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*.

6. No início do século XX, o Paraguai vivia “Em contraste com a instabilidade política, a efervescência social e o marasmo econômico, um momento de notável atividade cultural, que se fazia visível na conformação de associações com fins culturais e em publicações que abarcavam diferentes campos de estudo. (...) um grupo de intelectuais se empenharam em mostrar à sociedade que a vida – especialmente a passada – era bela. A primeira expressão de ressurgimento cultural foi a instalação, em 1876, do Colégio Nacional de Assunção, o primeiro centro de ensino superior do pós-guerra. (...) as questões sobre o passado se constituíram, em pouco tempo, em matéria predominante das conferências, dos discursos e de outras atividades levadas a cabo pela instituição, que, em todos os casos, supuseram um ponto de referência, um indicador preciso dos rumos temáticos consagrados por essa elite intelectual” (Brezza, Liliana, *Paraguay a comienzos del siglo XX (1900-1950)*, Montevideo, Ministerio de Educación y Cultura, 2011, pp. 30-35, tradução nossa).

7. Dentre elas, cabe destacar a *Relación sucinta de un viaje de estudios al Brasil* (Bertoni, Moisés Santiago, *Relación sucinta de un viaje de estudios al Brasil, en ocasión de los americanistas, del Centenario de la Independencia del Brasil y de la Exposición Universal (del 11 de agosto al 26 de noviembre 1922)*, in *Anales Científicos Paraguayos*, t. 3, n. 2 (Antropología), Puerto Bertoni, Ex Sylvis, 1924.

8. Telesca, Ignacio, “Paraguay en el centenario: la creación de la nación

mestiza”, in *Historia Mexicana*, v. 60, n. 1, 2010, p. 154, tradução nossa.

9. Para Javier Numan Caballero Merlo, fundamentado em Heisecke (1965), as obras de Bertoni, juntamente com as de Guido Boggiani, Fulgencio R. Moreno, Ignacio Pane e Manuel Domínguez, integram o que denominou de etapa pré-sociológica, que apresenta as seguintes características: “orientação dominante de uma filosofia natural e como objeto privilegiado o âmbito físico [e] A observação como método e mecanismo de validação de conhecimento” (Caballero Merlo, Javier Numan, Cien años de desarrollo de la sociología en Paraguay en el año de su bicentenario: del rezago histórico institucional en el pasado a la debilidad contemporánea, in *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, v.7, n. 2, 2011, pp. 120-121, tradução nossa).

10. Bertoni, 1928, in Baratti, Danilo; Candolfi, Patricia, *Vida y obra del sabio Bertoni: Moisés Santiago Bertoni (1857-1929), un naturalista suizo en Paraguay*, Assunción, Helvetas, 1999, p. 25, tradução nossa.

11. Bertoni, 1928, in Baratti, Danilo; Candolfi, Patricia, *Vida y obra ...*, p. 741, tradução nossa.

12. Di Liscia, María Silvia, “Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”..., p. 259, tradução nossa.

13. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní*, parte III: etnografía. Conocimientos: la higiene guaraní, su importancia científica y práctica. La medicina guaraní: conocimientos científicos, Puerto Bertoni, Ex Sylvis, 1927, p. 13, tradução nossa.

14. Di Liscia, María Silvia, “Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”..., p. 261, tradução nossa.

15. Os três volumes publicados da obra *La Civilización guaraní* são apenas uma parte do projeto editorial de Bertoni, que previa 14 volumes. O primeiro e o terceiro volumes foram publicados pela editora *Ex Sylvis*, em 1922 e 1927, respectivamente, enquanto o segundo volume, apesar de ter sua publicação proposta, em 1929, pelo médico Andrés Barbero, foi publicado somente em 1954.

16. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 41-42.

17. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 237.

18. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 14, 43, tradução nossa.

19. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 47, tradução nossa.

20. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 152, tradução nossa.

21. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 154, tradução nossa.

22. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 154, tradução nossa.

23. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 155, tradução nossa.

24. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, pp. 220-221, tradução nossa.

25. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 19, tradução nossa.

26. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 61, tradução nossa.

27. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p.106, tradução nossa.

28. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 52, tradução nossa.

29. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p.17, tradução nossa.

30. Bertoni, 1914, in Baratti, Danilo; Candolfi, Patricia, *Vida y obra ...*, pp. 65-66, tradução nossa.

31. Bertoni, 1914, in Baratti, Danilo; Candolfi, Patricia, *Vida y obra ...*, pp. 65-66, tradução nossa.

32. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 144, tradução nossa.

33. Bertoni, Moisés Santiago, *Diccionario botánico latino-guaraní y guaraní-latino con un glosario de vocablos y elementos de la nomenclatura botánica*, Asunción, Editorial Guaraní, 1940, p. 143, tradução nossa. Para Di Liscia (“Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”..., p. 250, tradução nossa), a prática de nomenclatura científica adotada por Bertoni forjou “uma taxonomia diferente, tributária dos guaranis, mais que do ordenamento de Lineu e De Candolle. Dita classificação implicaria um registro diferente para outros aspectos, como avaliações do corpo, da saúde e até de uma moral alternativa à da burguesia ocidental”.

34. Bertoni, Moisés Santiago, *Diccionario botánico latino-guaraní...*, in Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay*, Asunción, Servilibro, 2011, p. 37, tradução nossa.

35. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 236, tradução nossa.

36. Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*, p. 224, tradução nossa.

Notas

37. Vasconcellos apud Viola, Alfredo, *Eligio Ayala: presidente constitucional, 1924-1928*, Asunción, Servilibro, 2011, p. 57, tradução nossa.

38. Lutz, Adolpho; Araújo, Heráclides de Souza; Fonseca Filho, Olympio da Fonseca, “Viagem científica no Rio Paraná e a Assunção com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande, de janeiro até março de 1918: breve relação de viagem, extraída dos diários dos drs. Lutz e Araújo”, in *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 1918, t. 10, n. 2, pp. 104-173, tradução nossa.

39. Andrés Barbero se encontra entre os primeiros farmacêuticos formados pela Escola de Farmácia do Paraguai. Em 1904, ele integraria a primeira turma de formandos da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Assunção e, posteriormente, assumiria o cargo de diretor da Higiene Pública, dedicando-se, em especial, a medidas de profilaxia rural (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*).

40. Lutz, Araújo, Fonseca Filho, 1918, s.p., tradução nossa. A leishmaniasis era “uma enfermidade muito frequente nas zonas de selva. Já em 1913, Migone havia registrado que, ocasionalmente, 70% a 80% dos ervateiros ou capatazes que trabalhavam no interior dos bosques adoeciam, implicando na paralisação do trabalho nas indústrias ervateiras e madeireira do Alto Paraná, Caaguazú e Jejuí” (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*, p. 266, tradução nossa).

41. Lutz, Adolpho; Araújo, Heráclides de Souza; Fonseca Filho, Olympio da Fonseca, “Viagem científica...”, s.p., tradução nossa. A primeira campanha contra a malária foi idealizada pelo médico Andrés Barbero no ano de 1917, tendo sido levada a efeito pelo Consejo Nacional de la Higiene a partir de 1920. Em 1924, o médico norte-americano Frederick Lowe Soper, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, deu início a uma campanha de erradicação da malária no Paraguai, que se estendeu até o ano de 1928 (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*).

42. Netto, Juan S, “Medio siglo de cirugía en el Hospital de Clínicas. 1930-1980”, in *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción*, v.13, n.1, pp. 129-163, 1981, p. 143, tradução nossa.

43. Em seus estudos sobre os tipos antropológicos do Brasil – e aproximando-se das ideias defendidas por Bertoni –, o médico Edgar Roquette-Pinto (1884-1954) defendeu que a miscigenação racial brasileira não havia produzido “tipos raciais” degenerados ou inferiores. Para ele, a população mestiça brasileira era saudável e eugênica, o que refutava os tradicionais estigmas raciais produzidos por cientistas e viajantes do século XIX e por setores das elites intelectuais brasileiras do século XX (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*).

44. O crescimento significativo do curandeirismo nos anos 1920 do século XX no Paraguai se deveu, especialmente, aos custos elevados da medicina privada e às dificuldades de acesso ao Hospital Nacional. A inauguração de um hospital regional, o Hospital Regional de San Pedro, em agosto de 1919, visou contribuir para a reversão desse quadro, já que seus funcionários, além do atendimento na instituição, realizavam expedições às regiões ervateiras com o objetivo de combater o paludismo (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*).

45. De acordo com o médico Manuel Riveros (1982), “nessa época os raios X ainda não haviam chegado ao Paraguai” e o esfigmomanômetro, inventado ao final do século XIX, demoraria a se difundir entre a classe médica. Nos anos 1920 do século XX, “a anestesia estava em seu início ... em 1928 se viu, pela primeira vez, um equipamento de anestesia Foregger; para anestesia com gases, ciclopropano e éter ... A transfusão era um procedimento ainda mais raro e complicado” (Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*, p. 280-281, tradução nossa). Vale ressaltar, ainda, que somente a partir de 1926, com a chegada da missão médica francesa, passaram a ser adotados alguns cuidados visando à assepsia durante procedimentos cirúrgicos, tais como lavar as mãos e usar luvas e jalecos esterilizados.

46. Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*, pp. 269-270, tradução nossa.

47. Bertoni perdeu dois de seus filhos homens em consequência de enfermidades contraídas em Puerto Bertoni. Ele mesmo veio a falecer, em 1929, de malária.

48. Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el*

CRÍTICAS E PROPOSTAS DO NATURALISTA MOISÉS BERTONI

Paraguay..., p. 288, tradução nossa.

49. Romañach, Alfredo Boccia; Paz, Alfredo Boccia, *Historia de la medicina en el Paraguay...*, p. 286, tradução nossa.

50. Di Liscia, María Silvia, “Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”..., p. 257, tradução nossa.

51. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 140, tradução nossa.

52. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, pp. 141-143, tradução nossa.

53. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 161, tradução nossa.

54. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, pp. 162-163, tradução nossa.

55. Di Liscia, María Silvia, “Utopías científicas: Moisés Bertoni y el Paraguay guaraní”..., p. 257, tradução nossa.

56. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, pp. 140-141, tradução nossa.

57. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, p. 143, tradução nossa.

58. Bertoni, Moisés Santiago, *La Civilización guaraní...*, pp. 140-141.

59. Cueto, Marcos; Palmer, Steven, *Medicina e saúde pública na América Latina: uma história*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016, p. 20.

60. Cueto, Palmer, 2016, p. 20.

Ficha técnica

O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes

Coordenação: Alexandra Esteves, Maria Marta Lobo de Araújo,
António Magalhães, Luís Ferreira Gonçalves, Manuela Machado

Design Gráfico: Studio Maria João Macedo

Editado por: Lab2PT
Coleção Paisagens, Património & Território / Investigação
Landscapes, Heritage and Territory Collection / Research

Impressão e acabamento: Sersilito
Tiragem: 200 exemplares
ISBN: 978-989-8963-41-3
Depósito legal: 480064/21

Lab2PT
www.lab2pt.net

Instituto de Ciências Sociais
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga

Escola de Arquitetura
Universidade do Minho
Campus de Azurém
4800-058 Guimarães

© 2021, Lab2PT e autores



Laboratory of Landscapes,
Heritage and Territory



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais



Universidade do Minho
Escola de Arquitetura

Esta iniciativa é financiada pelo Lab2PT – Laboratório de Paisagens, Património e Paisagens, referência UIDB/04509/2020, através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. / This work was financed by the Project Lab2PT – Landscapes, Heritage and Territory Laboratory – UIDB/04509/2020 through FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

Numa altura em que a Humanidade é confrontada com uma pandemia de proporções inimagináveis e cujos efeitos se fazem sentir à escala global, um grupo de investigadores tomou como objeto de estudo um conjunto de matérias relacionadas com a assistência na doença, incluindo, nomeadamente, os hospitais, as práticas curativas, os profissionais de saúde e a evolução da ciência médica. Seguindo perspetivas variadas e situando-se em diferentes contextos, mas tendo como ponto comum a centralidade conferida às instituições hospitalares, os autores colocam à disposição do leitor uma obra de inegável interesse e atualidade, que oferece motivos bastantes de reflexão, além de representar um importante contributo para o aumento e aprofundamento do conhecimento sobre problemas médico-sanitários e sobre a prestação de cuidados de saúde até aos começos do século XX.

A Coleção Paisagens,
Património e Território
promove a publicação de
textos nas linhas Investigação,
Ensaios e Catálogos, sob
a chancela do Lab2PT
com objetivo de auxiliar
à circulação e divulgação
de produção científica de
excelência dentro das áreas
abrangidas pela unidade
de I&D - Arqueologia,
Arquitetura e Urbanismo,
Design, Geografia, Geologia,
História e Artes Visuais.