

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde

PAULA MARIA DE OLIVEIRA

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO (1889-1905): um lugar para a ciência e
um lazareto contra as epidemias

Rio de Janeiro
2005

PAULA MARIA DE OLIVEIRA

**HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO(1889-1905): um lugar para a ciência e
um lazareto contra as epidemias**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca

Rio de Janeiro
2005

O49h

Oliveira, Paula Maria de.

Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias. / Paula Maria de Oliveira. – Rio de Janeiro, 2005.
118 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

Bibliografia: f.84-90

1. Hospitais 2. História 3. Arquitetura Hospitalar
4. Epidemias 5. Hospital de São Sebastião 6. Brasil

CDD 362.1109

PAULA MARIA DE OLIVERIA

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO(1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em maio de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca

Prof.Dr.Luiz Antonio Teixeira

Profa. Dra. Maria Regina Cândido

Prof.Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro
2005

Dedico esta monografia primeiramente a Deus que me possibilitou a existência, e o sonho.

Aos meus pais e minha irmã que me fizeram acreditar no sonho e nunca pouparam esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus avôs Joaquim Maria, Lindolpho de Sousa Oliveira e em especial minha avó Francisca Neves de Oliveira, pois sei que onde estiverem estão intercedendo por mim.

Finalizando, o sonho não é mais sonho tornou-se algo concreto que é esta tese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e a minha irmã, pela ajuda e força com me incentivaram ao estudo mesmo nas dificuldades.

Ao professor Luiz Fernando Ferreira e Maria Regina Cândido que foram os primeiros a me incentivarem ao mestrado.

A minha orientadora Maria Rachel Froés da Fonseca, pela ajuda, paciência e dedicação que demonstrou ao longo da elaboração da tese.

Agradeço também aos professores Luiz Antônio da Silva Teixeira, pela ajuda com os textos em francês, e ao professor Renato da Gama-Rosa Costa pelo grande auxílio na parte da arquitetura.

Ao Dr. Mario Seidl e a Dra. Helena Seidl agradeço pela colaboração dada ao trabalho.

Ao professor Luiz Otávio Ferreira destaco a amizade e paciência que demonstrou por mim ao longo da elaboração deste trabalho. A todos professores da Casa de Oswaldo Cruz pelo apoio e os ensinamentos obtidos.

À CAPES agradeço pela bolsa de pesquisa, que foi muito importante por possibilitar condições e livros para o desenvolvimento da dissertação.

Agradeço também à diretoria do Hospital São Sebastião, ao Dr. Vitor Laerte que não mediu esforços para me ajudar no trabalho, e aos médicos Dr. José Duarte Pinto, Dr. Margareth Azizi Sabes de Oliveira e Dr. José Luis Fuzer, ajudas estas sem as quais eu não estaria presente para apresentar este trabalho.

E finalmente ao que deveria estar em primeiro, mas coloco por ultimo, pois sem ele nada disso seria possível que é **Deus**.

SUMÁRIO

Dedicatória	01
Agradecimentos	02
Introdução	08
Capítulo 1- Causalidade de doenças: divergências e permanências	15
1.1 – A causalidade das doenças	15
1.2 - A febre amarela no Rio de Janeiro e o meio médico	20
Capítulo 2 - Hospitais de Isolamento: nova tendência ou permanência ?	27
2.1 - A Arquitetura Hospitalar e a Gênese do Hospital de Isolamento (séc. XVIII/XIX)....	27
2.2 - As instituições hospitalares e as epidemias no Brasil	38
2.3 - Os hospitais de isolamento no Brasil	40
Capítulo 3 - O Hospital de São Sebastião e o paradigma da arquitetura hospitalar do período	52
3.1 - A fundação do Hospital de São Sebastião	52
3.2 - O Hospital de São Sebastião: uma casa para isolamento de doentes de febre amarela	55
3.3 - Carlos Seild e o Hospital de São Sebastião	61
3.4 - A Arquitetura do Hospital de São Sebastião	69
Considerações finais	80
Fontes	84

Anexos	91
Anexo 1	92
Anexo 2	117
Anexo 3	118

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig.1 – Hospital Barraca – Havana	34
Fig.2 – Hospital Barraca – Benícia (Califórnia, U.S.A.), 1856	34
Fig.3 – Planta do Hospital Barraca Benícia (Califórnia, U.S.A.), 1856	34
Fig.4 – Vista do Hospital de São Sebastião.....	70
Fig.5 – Hospital de São Sebastião – Portão de Entrada.....	70
Fig.6 – Hospital de São Sebastião – Pavilhões Lefort (vista lateral).....	72
Fig.7 – Hospital de São Sebastião – Pavilhão de observação (Enfermaria Dr. Cassiano Nascimento).....	72
Fig.8 – Hospital de São Sebastião – Quarto de Amarementos.....	70
Fig.9 – Hospital de São Sebastião – Prédio do antigo laboratório da Missão Francesa.....	66
Fig.10 - Hospital de São Sebastião – fachada lateral esquerda do antigo edifício da administração.....	70
Fig.11 - Hospital de São Sebastião – Antigo edifício da administração.....	70
Fig.12 – O Hospital “S. Sebastião” em 1889 na época da sua fundação.....	53
Fig.13 – Chambres-Marchoux. Quartos de tela metálica desmontáveis para isolar doentes de febre amarela.....	72

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Relatorios do Hospital de S. Sebastião apresentados pelo Director Dr. Carlos Seidl em fevereiro de 1895	92
Anexo 2 - Documentação levantada até a extinção da febre amarela. Hospital de São Sebastião – Movimento geral de 1889 a 1899	117
Anexo 3 - Documentação levantada até a extinção da febre amarela. Hospital de São Sebastião – Movimento geral de 1900 a 1910	118

RESUMO

O presente trabalho procura reconstituir a história do Hospital de São Sebastião, que foi fundado na cidade do Rio de Janeiro, em 1889, como um dos últimos atos Imperador D. Pedro II. Nosso objetivo central foi a análise da relação da criação e estruturação do Hospital de São Sebastião com o debate sobre a causalidade das doenças, em especial a febre amarela, e com o desenvolvimento da medicina pasteuriana. Desta forma reconstituímos o processo de criação da instituição, suas características arquitetônicas, e seu papel no processo de estruturação dos aparelhos institucionais, no campo da saúde pública, especialmente no cenário das epidemias. Analisamos a arquitetura da instituição, relacionando-a com os debates existentes na época sobre arquiteturas hospitalares e com as correntes médicas hegemônicas na época. Acreditamos que a arquitetura guarda uma grande relação com a conjuntura do período no qual realizou-se a construção. O hospital, tendo sido um dos primeiros a ser criado, no Brasil, com a especificidade de isolar enfermos de uma moléstia específica, tinha por função inicialmente isolar os enfermos de febre amarela da cidade do Rio de Janeiro e os que chegavam por via marítima. Esta função foi ampliada ao longo de sua história, passando a atender também os pacientes de outras moléstias epidêmicas, o que eventualmente acarretou em modificações na estrutura espacial do estabelecimento, como a necessidade de construção de pavilhões provisórios para abrigar os doentes acometidos de outras enfermidades. Destacamos também as relações com o meio médico, principalmente tendo como cenário a mais longa administração do Hospital de S. Sebastião, sob a gerência de Carlos Seidl. Destacamos, também, as relações estabelecidas com o meio científico brasileiro, e estrangeiro, como bem demonstrou a presença de missões científicas no hospital, principalmente no que se referia ao debate sobre a causalidade das doenças e sobre as medidas de combate as doenças epidêmicas.

ABSTRACT

This job intends to reconstitute the Hospital de São Sebastião history, founded in Rio de Janeiro city in 1889, as one of the latest acts from D.Pedro II Emperor. Our main objective was the relation analysis of the creation and structure of this hospital with the debate about the illness reasons, specially the yellow fever, and with the pasteurian medicine development. Then, we reconstitute the institution creation process, its architectonic characteristics and its position in the institutional apparatus structural process, on the public healthy field, mainly on epidemic scenario. We analyzed its architecture and made the relation with the existing debates about hospital architectures and the hegemonic medical opinion on those times as well. We believe the architecture holds a strong relation with the existing conjuncture in the building time. As one of the first Brazilian hospitals created with the characteristic to isolate patients with specific illness, it had as initial function to isolate yellow fever persons at Rio de Janeiro city, as well as those people came from the sea with the same illness. Such function was enlarged along the hospital life, receiving also patients with other epidemic diseases, that obviously caused physical structure modification, as provisory pavilion building to shelter patients with these other illnesses. We also emphasized the relations with the physicians, mainly having as scenario, the longest Hospital de São Sebastião administration, under Carlos Seidl management. We also highlighted the relations with the Brazilian and foreign scientific circles, as very well demonstrated by the scientific missions to this hospital, mainly concerned to the debate about the illnesses causes and the combat actions to the epidemic diseases.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se inscreve na perspectiva da história social das ciências, na qual a produção do conhecimento científico é concebida como uma ação humana em permanente diálogo com as diferentes atividades sociais, mas com sua especificidade em termos de critérios de produção e legitimação. Desta forma, a construção do saber científico não é vista como se dando espontaneamente, mas inserida em complexas relações de disputas dentro do espaço social.

Conceber a descoberta e o próprio conhecimento científico como um produto social, integrado à dinâmica cultural e política de determinada época, possibilita uma relação entre sociedade e conhecimento científico

A história social das ciências, quando adotada para analisar uma instituição hospitalar torna-se um conceito muito exigente. O conceito de hospitalização nos leva a pensar o médico, o paciente e a diversidade de teorias vigentes sobre a causalidade das doenças, como sendo produzidos e influenciados pela sociedade em termos temporais e culturais, assumindo uma diversidade adequada ao seu tempo e espaço.

Ao buscarmos construir uma história social do Hospital de São Sebastião, abrangendo seu papel na sociedade e a influência de epidemias, como a da febre amarela, em sua estrutura e funcionamento, nos deparamos com algumas questões. Na realidade o conjunto documental existente é constituído fundamentalmente de testemunhos oficiais e de autoridades médicas, como os relatórios dos presidentes de províncias, os relatórios dos diretores das instituições e os relatórios e periódicos científicos. A problemática se pauta no fato de que as abordagens e concepções sobre as doenças e os hospitais no Rio de Janeiro, em 1889, ano em que foi criado o hospital, são somente dos médicos e de autoridades públicas, pertencentes, em sua grande maioria, a uma certa elite. Por outro lado, geralmente omite-se a posição de

grande parte da sociedade, que utilizava os hospitais de isolamento, frente à doença, à morte e à segregação que esses lugares representavam.

Compreendemos que a produção de conhecimento é concebida como uma ação humana, em permanente diálogo com as diferentes atividades sociais, mas com sua especificidade em termos de critérios de produção e legitimação.

Tornasse pertinente dizer que a introdução de uma nova teoria científica, como a bacteriologia, conduziu a uma ampla luta entre as elites médicas defensoras de diferentes teorias a respeito das causas e da cura de doenças, tentando impor suas verdades. Mas o que estava em jogo realmente nesta luta era o monopólio da autoridade científica, que no Rio de Janeiro na passagem do século XIX para o XX, representava prestígio político e social.

Acreditamos que a análise do hospital e de sua conjuntura de criação, tem que se realizada através de modelos interpretativos da natureza e da cultura presentes numa elite intelectual. Como resultado do processo histórico, se deve buscar conhecer as percepções individuais e coletivas, antes de interpretar as informações históricas provenientes da documentação.

A história social nos permite estabelecer um vínculo de comunicação com a sociedade na qual foi criado o Hospital de São Sebastião, e reconstruir a ação dos médicos frente à doença, ao doente e a seu processo de cura.

Antes cabe fazermos uma abordagem da historiografia que estudou o hospital como sendo uma referência na análise dos diversos aspectos da sociedade. Entre os estudiosos sobre os hospitais podemos citar o trabalho de Lindsay Granshaw ¹, segundo a qual o heroísmo da medicina moderna foi em grande parte ligado à história do hospital. Ao tratar da abordagem hospitalar do ponto de vista histórico, a autora observa que os antigos estudos sobre hospitais eram voltados para a análise de instituições de forma isolada e para o papel de seu corpo médico. Com a história social da medicina, a história dos hospitais recebeu uma especial atenção, assumindo

¹ GRANSHAW, Lindsay. The Hospital. In: PORTER, Roy *Companion Encyclopedia of the Medicine*. v. 2. Routledge: London and New York, 2001.

um papel fundamental a assistência aos doentes, no passado, e como local de implantação da medicina moderna.

Lindsay Granshaw ao reconstituir a história dos hospitais desde a Antigüidade, como os *Asklepieia*, na Grécia, onde eram feitos tratamentos mágicos e cirúrgicos, apresenta os seguintes questionamentos: Quando as instituições hospitalares deixaram de ser “lugares de segregação”, como foram na Idade Média, para se transformarem nos centros de cura modernos de nossos dias? Quando passa a haver uma separação espacial dentro do hospital e a especialização das atividades médicas?

Seu estudo é bem interessante, na medida que a autora relaciona o contexto social e político às mudanças hospitalares. Nesta perspectiva ela conclui que os hospitais variaram ao longo do tempo, assumindo diferentes papéis, de acordo com as necessidades das sociedades nas quais estavam inseridos.

A análise de Risse², que em certa medida complementa à de Granshaw, também faz um estudo dos hospitais ao longo do tempo. A riqueza de sua análise, se assim podemos dizer, está localizada na documentação escolhida para fundamentar seu estudo. O autor utiliza fontes históricas não convencionais, tais como, prontuários de pacientes, cartas, testemunhos literários, etc. Tais narrativas, para o autor, proporcionam uma forma alternativa de ver o mundo e expressam o elemento humano de maneira distinta à documentação oficial. Essas narrativas constituem o ponto central para a análise da experiência do paciente hospitalizado. Risse constrói, portanto, uma história social dos hospitais na medida que procura analisar o que os pacientes, as pessoas comuns, pensavam daquelas instituições ao longo da história.

José Leopoldo Ferreira Antunes³, em sua obra “Hospital: instituição e história social”, procura reconstituir a forma pela qual a instituição hospitalar foi

² RISSE, Guenter: *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

³ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: Instituição e História Social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

constituindo-se como objeto das análises no campo da medicina social. E nesta reconstituição destaca:

Período	Características do Estudos
Final dos anos 40 e década de 50 do séc. XX	Nos E.U.A. alguns estudos de perspectiva funcionalista e outros de cunho weberiano, deram ênfase à organização social e ao funcionamento do hospital.
Anos 60 e 70 do séc. XX	Destacam-se estudos sobre os hospitais, numa perspectiva de reconstituição histórica, como o de Rosen, <i>“The hospital: historical sociology of a community institution”</i> (1963), o de Foucault, <i>“O nascimento do Hospital”</i> (1974), e o de Thompson e Goldin <i>“The hospital: a social and architectural history”</i> (1975).

Antunes (1991) ainda levanta as seguintes indagações sobre os hospitais: Como as cidades se organizaram mediante o acontecimento mórbido? Qual o papel dos estabelecimentos fundados e modificados para suprir as necessidades de cuidado social reclamada pelos doentes? Qual foi o papel desses estabelecimentos ao longo da história?.

Para o autor o estabelecimento de lazaretos, ainda no séc. XV, foi primordial para o estabelecimento do hospital contemporâneo, pois o rigor das medidas quarentenárias, empregadas nestes espaços, indicava a presença de um movimento disciplinador dentro das instituições, o qual viria a consolidar-se no séc. XVIII. Os lazaretos, que funcionaram até o final do séc. XIX, eram inicialmente responsáveis pelas quarentenas e pelo controle dos fluxos migratórios e do comércio marítimo, e depois foram utilizados como hospitais regulares. Ferreira Antunes destaca, também, que estes lazaretos foram mais tarde reformados para poder receber, de forma distinta, os pacientes de cada enfermidade. No final do séc. XVIII, baseando-se nas idéias de Jacques-René Tenon, sobre a estrutura e arquitetura hospitalar,

aquelas instituições reformuladas passaram a ser referidas também como Pavilhões destinados a determinados doentes, por exemplo, o Pavilhão dos Variolosos.

Thompson e Goldin, em sua obra “The hospital: a social and architectural history”, de 1975, identificam como um importante marco na história da arquitetura e da organização dos hospitais, a Revolução Francesa, quando teria surgido um novo tipo de arquitetura e de funcionalidade hospitalar, diferente de qualquer tipo anterior. O interessante na análise desses autores, afirma Ferreira Antunes, é que eles não destacam desenvolvimentos ou continuidades, mas sim a originalidade do hospital contemporâneo, o qual teve como marco de seu estabelecimento o projeto de Tenon (ANTUNES, 1991).

Outro trabalho importante sobre a discussão dos hospitais é o George Rosen⁴. Para ele a partir do momento em que a vida comunitária se tornou responsabilidade de um grupo, houve a necessidade de se criar um sistema para fornecer serviços àquela comunidade. E entre as instituições criadas, estava o hospital, o qual hoje principalmente é a base desse sistema.

De acordo com Rosen como as necessidades da sociedade sempre estiveram ligadas às condições sociais, econômicas e políticas, estas também afetaram o desenvolvimento do hospital, e portanto o “hospital, para ser compreendido deve ser visto como um órgão da sociedade, partilhando suas características, mudando de acordo com as transformações da sociedade da qual faz parte e levando para o futuro provas de seu passado” (ROSEN, 1980, p.335-336).

Para Rosen, diferentemente da hipótese de Thompson e Goldin, há uma certa continuidade na história dos estabelecimentos hospitalares. Afirma, ainda, que para fazer uma sociologia histórica do hospital é necessário fazer “uma descrição das condições políticas e econômicas, da estrutura social, dos sistemas de valores, da organização cultural e da mudança social em relação às condições e necessidades de

⁴ ROSEN, George. O hospital. Sociologia histórica de uma instituição comunitária. In: *Da Polícia Médica à Medicina Social. Ensaio sobre a História da Assistência Médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p.335-370.

populações nos diversos períodos históricos” (ROSEN, 1980, p.336). Seguindo esta perspectiva, Rosen seleciona alguns períodos e analisa seus hospitais.

Outro trabalho que devemos citar é a obra coordenada por Jaime Benchimol⁵. Este trabalho está inscrito e influenciado pela história social das ciências. Ao analisar a história do Instituto Soroterápico Federal, posteriormente Instituto Oswaldo Cruz (1908), a obra está dividida em três ensaios autônomos, que se inter-relacionam pela preocupação com as distintas formas pelas quais se deu a assimilação do paradigma do pasteurianismo na instituição e na arquitetura médicas brasileiras no final do séc. XIX e início do séc. XX.

Nesta obra analisa-se primeiro a evolução histórica da instituição e a relação dessa com a criação de centros de medicina experimental, como o Instituto Pasteur, representado na época como uma tendência de caráter mundial. Nos outros dois capítulos o autor analisa a arquitetura do Instituto Oswaldo Cruz e a trajetória de seu arquiteto e construtor Luiz de Moraes Junior. Benchimol, porém, não se detém somente na análise da arquitetura em si, mas a relaciona com o contexto social e com os debates científicos presentes no período da construção do edifício. Através de sua análise demonstra que a arquitetura não é em si meramente uma construção, mas trata-se de uma construção mutável e influenciável de acordo com a conjuntura.

O trabalho de Jaime inscreve-se, portanto, no que denominamos história social das ciências, que é uma tendência historiográfica que interliga a instituição e sua criação ao contexto social e político.

Seguindo a abordagem da história das ciências, nosso trabalho sobre o Hospital de São Sebastião pretende analisar a relação da criação e estruturação dessa instituição com o debate sobre a causalidade das doenças, em especial a febre amarela, e o desenvolvimento da medicina pasteuriana .

Pretendemos analisar a arquitetura da instituição, relacionando-a com os debates existentes na época sobre arquiteturas hospitalares e com as correntes

⁵ BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ UFRJ, 1990.

médicas hegemônicas na época. Acreditamos que a arquitetura guarda uma grande relação com a conjuntura do período no qual realizou-se a construção.

Esperamos portanto ao longo do trabalho, contribuir para o enriquecimento da história dessa instituição e da saúde pública no Brasil na passagem do séc. XIX/XX.

CAPÍTULO 1: CAUSALIDADE DE DOENÇAS : DIVERGÊNCIAS E PERMANÊNCIAS

1.1 - A causalidade das doenças

No presente capítulo pretendemos abordar as teorias existentes sobre a causalidade das doenças, destacadamente a febre amarela, ao longo do séc. XIX.

Desde o início do século, as condições de salubridade eram bastante precárias, especialmente em função das continuadas epidemias de varíola e febre amarela que atingiam várias cidades brasileiras. A febre amarela era uma das principais moléstias, causava uma alta taxa de mortalidade e suas manifestações dificultavam as relações comerciais com os países europeus, que eram vitais para a economia do país.

A febre amarela era uma doença conhecida desde longas datas no Brasil. No Rio de Janeiro sua primeira manifestação epidêmica ocorreu em 1849, tornando-se a partir desse período, uma visitante constante, atacando grande parte da população e principalmente imigrantes, o que deixou a cidade estigmatizada como túmulo de estrangeiros.

Nesta época havia um certo consenso entre os médicos brasileiros quanto à origem da febre amarela, acreditando-se que os miasmas fossem os responsáveis. João Vicente de Torres Homem, médico da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, sustentava que a febre amarela era:

“Para mim – disse ele - a febre amarela é uma moléstia infecciosa produzida pela ação de um miasma que procede da decomposição das matérias orgânicas, vegetais e animais, que participa, por conseguinte, da natureza do miasma que produz as febres paludosas e do miasma que produz o tifo”. (Apud FRANCO, 1969, p.45)

Torres Homem afirmava, também, que os focos de febre amarela ficavam, no início da epidemia, restritos ao centro da cidade, e depois espalhavam-se nas áreas suburbanas, e que era uma alteração da atmosfera que produzia as epidemias.

Os higienistas propunham, ainda, observar a relação entre a ocorrência de epidemias e o meio ambiente ou as aglomerações, ou em relação à fadiga do corpo ou da alma.

A análise das teorias sobre a causalidade das doenças nos permite perceber a ocorrência de rupturas e permanências neste conhecimento, especialmente quando nos deparamos com a medicina pasteuriana nas últimas décadas do séc. XIX. Diversos autores, como Benchimol (1990) e Salomon Bayet (1986), destacaram em seus estudos as descobertas do químico Louis Pasteur (1822-1895), seu impacto sobre o conhecimento médico e a sociedade, a revolução pasteuriana.

As contribuições de Pasteur foram inúmeras, começando com a descoberta a isomeria óptica, em 1848. Em seus estudos posteriores, sobre o processo de fermentação, alcoólica e láctica, demonstrou a presença de microorganismos, a partir dos quais postulou a existência dos gérmenes e conseguiu rebater a antiga teoria da geração espontânea. Em 1865, com os estudos sobre a transmissão da pebrina, moléstia que atacava as criações de bicho-de-seda, conseguiu determinar que estava diretamente ligada à presença de corpúsculos. Desta forma anunciava a teoria germinal das doenças, pela qual as doenças eram decorrentes da penetração no corpo humano de microorganismos patogênicos. A partir de 1870, Louis Pasteur dedicou-se ao estudo das doenças contagiosas, as quais acreditava serem devidas à presença de germens microbianos infecciosos no organismo enfermo.

A descoberta dos microorganismos e as pesquisas sobre a ação destes na etiologia de várias doenças, causaram uma importante transformação no saber e na prática médicas. A partir de então o homem teria conhecimento e meios para combater o flagelo das doenças infecciosas, ameaçador especialmente quanto maior fosse o crescimento urbano e a concentração de riquezas e força de trabalho

decorrentes do desenvolvimento do capitalismo em grande escala (BENCHIMOL, 1990).

Na obra “Manguinhos do sonho à vida - A ciência na Belle Époque”, Jaime Benchimol assim caracteriza a chamada revolução pasteuriana:

“Nos últimos 20 anos do século passado, a medicina foi radicalmente transformada: o novo paradigma impôs-se, não sem resistências e em ritmos desiguais, ao ensino e à formação dos que se dedicavam à arte de curar e agora, também à ciência das doenças; refundiu a legislação e a organização institucional da saúde pública; penetrou nos hospitais, modificando sua arquitetura, redefinindo seus serviços e reordenando os gestos e a indumentária dos cirurgiões”. (BENCHIMOL, 1990, p.6)

A medicina pasteuriana rompeu com o ciclo das doenças infecciosas, mostrou-se capaz de debelar os flagelos, e se impôs como teoria dominante. Influenciou a sociedade, introduziu várias práticas, as quais foram sendo progressivamente incorporadas à vida cotidiana, como o ato de ferver o leite, tratar águas e esgotos, etc..

Outros autores, como Foucault (1982), acreditam que essas mudanças já vinham ocorrendo desde o momento em que a imagem da grande cidade passou a ser vista como negativa, quando esta foi considerada o lugar da desigualdade, da perversão, dos modos e da fragmentação da comunidade. Instalava-se, então, um sentimento de medo, de angústia diante da cidade.

Nascia o que Foucault denominou de medo do urbano, medo de vapores telúricos desprendidos da terra. A natureza e um conjunto de construções e instituições foram considerados produtores de miasmas, foram postos sob vigilância médica e normalizados pela legislação sanitária dos sécs. XVIII e XIX. A água, o ar e a terra, três elementos indispensáveis à vida humana, apresentavam-se como inimigos potenciais.

A cidade passou a ser objeto de intervenções, atraindo a atenção de diferentes profissionais, e entre eles destacaram-se os médicos com suas críticas sobre a insalubridade do espaço urbano. O discurso médico sobre o urbano contribuiu para modificar a visão da cidade e legitimar intervenções do poder público.

Evidenciou-se então, uma medicina que acentuava o meio ambiente, as relações entre o homem doente, a natureza e a sociedade

Essa medicina, preocupada com as causas, a origem e a localização da doença no meio geográfico, promoveu a realização das chamadas topografias médicas, que constituíam em levantamentos sobre o comportamento, os hábitos da população e as condições naturais e sócio-econômicas de lugares, cidades e regiões. Sobre essas topografias médicas, Flávio Edler (1999) destaca as palavras de Bernard Lecuyer (1986), segundo o qual, o bom médico examinava os *circumfusa* (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), os *ingesta* (alimentos, bebidas), os *excreta* (excreções, banhos), os *applicata* (vestimentas, cosméticos), os *percepta* (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e os *gesta* (movimentos habituais, atividades profissionais).

Tais diagnósticos dos males reinantes, que fundamentaram várias propostas médicas de intervenção no espaço urbano, orientavam-se por um conjunto de teorias vigentes no séc. XIX: a telúrica, a da constituição miasmática, a contagionista e a teoria social da doença. As teorias médicas dominantes, então, na Europa também influenciaram práticas urbanas e o disciplinamento da população.

Luiz Antônio Teixeira (2001) acredita que a década de 1890, no Brasil, foi pródiga em estudos visando a identificação do micróbio da febre amarela, tendo sido marcada por conflitos entre gerações de bacteriologistas e pela reestruturação do aparato institucional da saúde pública. Na primeira fase da revolução pasteuriana, as pesquisas biomédicas centravam-se na caça aos microrganismos, que poderiam estar na origem da doença, povoando laboratórios, motivando congressos e artigos de periódicos.

Os médicos divergiam basicamente com relação ao contágio. Os contagionistas acreditavam no contágio por contato direto e por isso defendiam o isolamento e medidas de quarentena. Já os não-contagionistas não acreditavam no contágio a partir do contato entre um doente com uma pessoa saudável. Essa controvérsia sobre o contágio permaneceu mesmo após o fim da teoria miasmática e

o surgimento das explicações pelo modelo pasteuriano. A controvérsia efetivamente só foi dissipada posteriormente, com a comprovação do papel do mosquito como vetor da doença.

Para Margareth Warner (*Apud* BENCHIMOL,1999), os bacteriologistas procuravam explicar os fatos, a partir da presença obrigatória do micróbio. Ressaltou também que, entre os médicos na época, não existia muito consenso sobre a doença, seus sintomas e sua evolução, e a profilaxia das epidemias mais grassavam. Era num cenário muito indefinido que os bacteriologistas tinham de fundamentar suas posições sobre a existência do micróbio.

Entre o momento em que a medicina pasteuriana foi recebida como moda passageira, como uma escola a ser integrada, ou ainda, como doutrina prepotente e ameaçadora para o grande número de clínicos e higienistas, até o momento em que foi abraçada por todo campo médico como seu núcleo de certezas, decorreu um processo em larga medida protagonizado por um punhado de médicos que se lançaram à caça de micróbios patogênicos.

É importante salientar que a percepção dos médicos sobre a febre amarela por ocasião da epidemia na década de 1850, por exemplo, foi diferente da visão presente em 1900. Entre uma e outra data, importantes fatos ocorreram, como a compreensão dos insetos como atores fundamentais no aparecimento de doenças, e uma nova concepção de doença, a qual não era mais compreendida somente como um estado de desequilíbrio humoral e ambiental.

A identificação do agente causador e transmissor das doenças, possibilitou a ampliação da base taxonômica de certas doenças.

1.2 - A febre amarela no Rio de Janeiro e o meio médico

Face à epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, nos anos de 1849 e 1850, o Governo Imperial buscou adotar medidas que ampliassem sua atuação com relação à saúde pública. Em 1850 foi criada a Junta de Higiene Pública, órgão consultivo, que passou a reunir o Instituto Vacínico do Império, a Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro e os serviços especiais de higiene das províncias .

Nesses anos, a atuação das autoridades no combate à febre amarela ilustra o clima de incertezas que cercava as concepções médicas sobre a natureza e a forma de controle das doenças. De acordo com o referencial europeu, duas concepções eram difundidas entre os médicos brasileiros e orientavam as ações das autoridades: a concepção infeccionista, que enfatizava a ação dos miasmas e levava a práticas de desinfecção; e a concepção contagionista, defensora da transmissão direta por contágio que difundia a prática da quarentena e isolamento. Nas últimas décadas do séc. XIX, as concepções bacteriológicas foram difundidas no Brasil, passando-se a entender que várias moléstias eram causadas pela presença de microorganismos específicos.

Jaime Benchimol (1999) mostra bem a disputa travada em decorrência da descoberta do micróbio da febre amarela. Diversos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro começaram a apresentar estudos nos quais discutiam a causalidade das doenças e a ação de microorganismos. Domingos José Freire Junior, em 1880, publicou o livro "Recueils des Travaux Chimiques suivis de Recherches sur la Cause, la Nature et le Traitement de la Fièvre Jeune", por meio do qual divulgava no Brasil a doutrina microbiana da febre amarela. Identificou como micróbio da febre amarela o *Cryptococcus xanthogenicus*, uma espécie de algas, e em 1883 elaborou uma vacina que foi aplicada em 2.418 pessoas no Rio de Janeiro. João Baptista de Lacerda, que em seu estudo⁶ sobre a febre amarela, apresentado na

⁶ O micróbio patogênico da febre amarela. *Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, t. LVII, p.269-375, 1891.

Academia Nacional de Medicina, afirmou que esta era causada por um organismo vegetal da classe dos cogumelos polimorfos, denominado *Fungus febris flavae*.

Odaïr Franco (1969) destaca que Filogônio Lopes Utinguassú foi o primeiro a propor a idéia da transmissão da febre amarela pelo mosquito, em um trabalho apresentado à Academia Imperial de Medicina, em 27 de outubro de 1885. Nesta apresentação afirmara “que os mosquitos picavam os amareletos e lhes sugavam o sangue; depois estes mosquitos assim infectados iam frequentemente contaminar a água a ser bebida” (FRANCO, 1969, p.51).

Além desses pesquisadores podemos citar também Giuseppe Sanarelli (1864-1940), que em 1896 havia se estabelecido em Montevidéu onde dirigia o Instituto de Higiene Experimental. Neste mesmo ano desembarcou no Rio de Janeiro, onde recolheu material para seu estudo sobre a febre amarela, freqüentando inclusive o Hospital de São Sebastião, então dirigido por Carlos Seidl. As descobertas de Sanarelli foram noticiadas em jornais cariocas no final de 1896.

O desenvolvimento da bacteriologia no Brasil contou também os estudos de cientistas europeus, aos quais era oferecido a direção de laboratórios de bacteriologia, como ocorreu com a vinda da Missão Pasteur. Enviada pelo Instituto Pasteur, em 1901, com o objetivo de pesquisar a natureza do agente da febre amarela e seu meio de transmissão usual e a prevenção e cura da doença, era composta pelos médicos Paul-Louis Simond (1858-1947), Alexandre Taurelli Salimbeni (1864-1942) e Émile Marchoux.(1862-1943) experientes bacteriologistas europeus.

No laboratório no Hospital de São Sebastião, os membros da Missão Pasteur fizeram duas inoculações experimentais do vírus, por injeção do soro de um doente e por picadas de mosquitos, tendo obtido resultados positivos. Fizeram outros experimentos, em 27 pessoas: inoculações de soro sanguíneo aquecido; inoculações de soro filtrado de doentes; inoculações de soro colhido no 8º dia da doença; e tentativas de promover a infecção dispondo o sangue do amareleno sobre a pele de uma pessoa saudável. Estes cientistas concluíram que conforme haviam provado Walter Reed, James Carroll e Aristides Agramonte, membros da Missão Reed

(1900), a febre amarela era produzida pela picada do *Stegomia fasciata*, e que portanto era necessário seu extermínio e de suas larvas. Desta maneira, a profilaxia da febre amarela consistia na adoção de medidas que impedissem que o mosquito picasse uma pessoa doente e uma pessoa saudável. O isolamento do doente era considerado um dos meios mais eficientes de se evitar a contaminação.

Entre os trabalhos dedicados ao estudo da Missão Pasteur no Rio de Janeiro, podemos citar o trabalho de Ilana Löwy (1990) intitulado “*Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute Mission (1901- 1905): the transfer of science to the periphery*”, no qual a autora afirma que a missão Pasteur ajudou a estabelecer o alto grau de profissionalismo da bacteriologia e da medicina tropical no Rio de Janeiro.

Outro aspecto importante foi o fato dos membros da Missão Pasteur terem estabelecido contato com o homem que originou a moderna pesquisa médica brasileira- Osvaldo Cruz, tendo inclusive o apoiado no momento crucial de sua luta política, ou seja o primeiro estágio da campanha sanitária.

No início do séc. XX, a febre amarela também assolou o porto de Santos e as cidades do interior do Estado de São Paulo. Emílio Marcondes Ribas, diretor do Serviço Sanitário de São Paulo desde 1898, orientado pelos estudos e experiências sobre febre amarela realizadas pelo médico cubano Carlos Finlay, e pelos médicos Walter Reed, James Carrol, Jesse W. Lazear e Aristides Agramonte, membros da Missão Reed, em 1900 em Cuba, também passou a apoiar a teoria da transmissão da febre amarela pelo mosquito. Em 14 de janeiro de 1901 publicou um trabalho intitulado “O mosquito como agente da propagação da febre amarela”, no qual apoiava claramente a teoria dos mosquitos.

Ribas acreditava que não havia dúvidas quanto ao fato de que a teoria de Finlay poderia explicar satisfatoriamente aquele surto epidêmico. Acreditava que o *Culex taeniatus* fosse o transmissor da febre amarela. Segundo Odair Franco (1969) a designação *Culex taeniatus* foi conferida, em 1828, por Wiedemann, e em 1901 o zoólogo Frederic V. Theobald (1868-1930) retirou-o do gênero *Culex* e o identificou

como *Stegomyia fasciata*. Esta espécie recebeu 36 denominações, desde 1762, quando foi classificada por Linneu como *Culex aegypti*, até o ano de 1926 quando foi classificada como *Aedes aegypt* por Silver.

Emílio Ribas deu início ao combate ao *Culex taeniatus*, e propôs uma campanha de combate àquela enfermidade em Sorocaba, interior do Estado de São Paulo, campanha esta que teve o mérito de ter sido a primeira campanha contra o *Culex taeniatus*. O novo surto de febre amarela em São Simão (São Paulo), em maio de 1902, fez com que Ribas nomeasse uma comissão para combater a enfermidade, chefiada por Francisco Luiz Vianna. Grande foi o trabalho empreendido por esta comissão com a finalidade de mostrar à população a necessidade de procurar ajuda médica logo que surgissem os primeiros sintomas da doença. Foi definido o isolamento, em domicílio e sob a fiscalização da comissão, dos doentes que não quisessem ser internados, e o próprio Hospital de Isolamento de São Paulo, instalado em 1880, foi guarnecido de telas de arame em todas as janelas e portas para evitar a presença do mosquito.

Devido à rejeição por parte de alguns médicos à teoria de Finlay, Emílio Ribas resolveu repetir algumas experiências que haviam sido realizadas em Cuba, pela Missão Reed. Para realizar essas experiências Ribas mobilizou as equipes do Instituto Bacteriológico e do Hospital de Isolamento, e conseguiu autorização para utilizar pessoas como voluntários cobaias. No Hospital de Isolamento as experiências, destaca Marta de Almeida (2000), foram feitas em duas fases, sendo a primeira de 15 de dezembro de 1902 a 20 de janeiro de 1903, e a segunda de 20 de abril a 11 de maio de 1903. Na primeira experiência participaram seis voluntários, que se deixaram picar por mosquitos infectados, entre eles o próprio Ribas e Adolpho Lutz. Já a segunda experiência consistiu em expor os voluntários, em número de três, ao contato com roupas infectadas pelo sangue e vômitos de doentes de febre amarela, em um recinto fechado para que não entrasse nenhum mosquito. Buscava refutar a tese contagionista e provar que a transmissão dava-se pelo *Stegomyia fasciata*. Das seis pessoas picadas três adquiriram a doença, sendo que

uma adquiriu a forma grave e os outros a forma benigna. Provava, assim, a transmissibilidade da febre amarela pelo mosquito.

Após outras experiências, com relação à contaminação pela vestimenta, a comissão chegou a seguinte conclusão:

“As experiências feitas pelos norte-americanos, em Havana, e a nossa aqui feita no hospital de isolamento demonstram que só no organismo do mosquito encontra o germe amarelíco as condições necessárias para sua evolução”.(Apud FRANCO, 1969, p.69)

As experiências realizadas em São Paulo foram apresentadas no 5º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia (Rio de Janeiro, 16/06-02/071903), presidido por Oswaldo Cruz, e “que se ocupou fundamentalmente das controvérsias sobre a teoria havanesa” (ALMEIDA, 2000). Neste congresso foi provada a teoria da transmissão da febre amarela pelo *Stegomyia fasciata*, fundamentada nas experiências referidas.

Em 1903, Artur Mendonça, que trabalhou com Adolpho Lutz no Instituto Bacteriológico, publicou o livro “Febre amarela”, no qual reuniu as cartas-respostas, artigos e relatórios de sua autoria e de outros médicos que participaram dos debates sobre a febre amarela, incluindo o material produzido durante o período que trabalhou no Bacteriológico, as experiências norte-americanas e as feitas no Hospital de Isolamento em São Paulo.

Em 6 de março de 1904, chegou ao Rio de Janeiro, uma comissão vinda da Alemanha com o objetivo de estudar a febre amarela. Esta Missão Alemã era constituída por M. Otto (clínico do Hospital Marítimo e do Instituto de Moléstias Navais e Tropicais, de Hamburgo) e R. O. Neuman (*privat-dozent* da Universidade de Heidelberg). Carlos Seidl ofereceu condições para que os membros da Missão Alemão instalassem um laboratório no Hospital de São Sebastião, para realizarem seus estudos. Os membros da Missão Alemã realizaram, neste local, estudos do ultra-microscópio, fizeram observações químicas, autópsias, desenhos, fotografias, estudos de mosquitos e exames em doentes vítimas de febre amarela. Destacaram o desconhecimento ainda presente em alguns setores com relação à inoculação da

febre amarela pelo mosquito presença ao agente inoculador da febre amarela pelo mosquito *Stegomyia fasciata*:

“Entretanto, este fato científico ainda não se tornou bem comum a todos os médicos, como disto nos pudemos convencer mesmo no Rio. Tanto mais para lastimar é isto quanto tais médicos aproveitam-se de sua influência para fazer propaganda contra as medidas profiláticas, certamente dispendiosas, mas altamente benéficas, tomadas pelas autoridades superiores para a extinção dos mosquitos. Não admira, pois, ouvir entre profanos as mais esquisitas explicações sobre a infecção da febre amarela, atribuindo-a a resfriamentos, erros de dieta, excessos in Baccho et venere, coisas que sem dúvida diminuem a resistência do corpo, mas nunca levaram ninguém à cama por tal doença. Algumas pessoas afirmavam tê-la tido várias vezes; como, porém, quem escapa de uma parece adquirir imunidade duradoura, é mais provável que tais acessos novos nada tenham com o tifo icteróide e por isso tão depressa se curam com suadouros, purgativos, suco de limão, água de Selfers, etc. Digam embora o contrário alguns médicos, não há possibilidade de transportar a febre amarela por meio de água potável, alimentos, inspiração do ar nos lugares infectados, principalmente à noite, ou contato com os doentes, com sua secreção e roupa.” (FEBRE, 2005)

Em seus relatos, os membros da Missão Alemã afirmam que, apesar de todo o cuidado ainda eram encontrados *Stegomyias* infectados no Hospital de São Sebastião.

Durante sua estadia tiveram oportunidade de contatar Paul-Louis Simond e Émile Marchoux, membros da Missão Pasteur, que também faziam suas pesquisas naquele hospital.

A descoberta da complexidade e a importância dos insetos como vetores, foi a base da importância conceptual e prática de transformação da medicina tropical

O projeto meta de extinção da febre amarela no Rio de Janeiro foi relegado no final do séc. XIX, nos primeiros anos da República. Posteriormente o projeto foi retomado, tendo como medida central o saneamento. As propostas de saneamento, entretanto, não avançaram muito, e era difícil definir o procedimento mais adequado, tendo em vista o fato de que ainda haviam dúvidas a doença que se combatia. A febre amarela, de certa forma, ainda era um mistério. Era uma doença

epidêmica e de muita mortalidade, que atacava especialmente os novos imigrantes, e por isso ficou conhecida como o flagelo dos trópicos

Um fator principal no papel descoberto do agente causal da febre amarela foi a descoberta do *Stegomyia fasciata*, que foi apresentada pelo médico cubano Carlos Finlay. No ano de 1881, Carlos J. Finlay havia apresentado 1881, um trabalho intitulado "O mosquito hipoteticamente considerado como agente transmissor da febre amarela", no qual defendia a hipótese de que a febre amarela fosse transmitida pelo mosquito *Stegomyia fasciata*., mas sua idéia não fora aceita.

O mistério da febre amarela foi finalmente solucionado pela missão norte-americana, a Missão Reed, organizada pelo Serviço de Saúde do Exército Americano, e enviada à Cuba em 25 de junho de 1900 para tratar especificamente da etiologia e profilaxia da febre amarela. A preocupação norte-americana surgiu principalmente após a Guerra Hispano-americana (1898), durante a qual cerca de 200 soldados norte-americanos haviam sido vitimados pela febre amarela em Cuba. Compunham a Missão o major-médico Walter Reed, que a comandava, James Carroll, Jesse W. Lazear e Aristides Agramonte. Reed influenciado pelas idéias de Finlay, independente da epidemiologia e da recente descoberta do papel do mosquito na malária, decidiu testar a hipótese do mosquito. Realizou experiências em Havana, das quais originaram a comprovação de forma irrefutável das observações epidemiológicas de Carlos Finlay, ou seja, de que a transmissão da febre amarela se dava através do mosquito *Aedes aegypti*.

O resultado positivo da Missão Reed foi recebido com grande interesse pelo Brasil. As conclusões da Missão Reed, que teve o crédito da descoberta, foram confirmadas conjuntamente pelos membros da Missão Pasteur, a qual fora enviada ao Rio de Janeiro, em 1901, com o objetivo de pesquisar a natureza do agente da febre amarela, seu meio de transmissão usual, e a prevenção e cura da doença.

CAPÍTULO 2: HOSPITAIS DE ISOLAMENTO: NOVA TENDÊNCIA OU PERMANÊNCIA ?

2.1 - A Arquitetura Hospitalar e a Gênese do Hospital de Isolamento (Séc. XVIII/XIX)

O hospital, com missões caritativas ou sanitárias, estabeleceu-se sempre em contexto específicos, de caráter político, social, econômico, médico e arquitetônico. A história da arquitetura hospitalar é bastante antiga, com registros desde o Império Romano, mas, como assinala Silva (2001), o hospital enquanto tipologia e instituição originou-se entre os séculos XVII e XVIII. Em geral considera-se ⁷ que o evento que marcou a gênese do hospital moderno foi o incêndio do Hôtel-Dieu, de Paris, ocorrido em 1772. Esta instituição abrigava, até então, centenas de pacientes, e portanto era considerada vital para a cidade. Sua reconstrução provocou intenso debate, no qual várias propostas foram apresentadas: a reforma do antigo prédio, sua divisão em pequenos hospitais, ou sua transferência para outro local. Em 1785, o estudo do arquiteto Bernard Poyet ⁸ no lugar de indicar a reforma ou a divisão da instituição, propôs a construção de um edifício circular, na Ilha dos Cisnes. A

⁷ Silva, Kleber Pinto. *A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII*. <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/bases/texto052.asp> ; Penteadó, Eliane Villas Bôas de Freitas. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1999; Antunes, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

⁸ Poyet, Bernard. *Sur la nécessité de transférer et de reconstruire l’Hôtel-Dieu*. 1785. Apud SILVA, 2001.

Académie des Sciences, em 1785, nomeou uma comissão para estudar o projeto de Poyet, cujo relatório⁹ rejeitou este projeto, e assim prosseguiu-se com outros estudos buscando definir os destinos do Hôtel-Dieu.

A formação de grandes aglomerações no final do séc. XVIII e início do XIX foi um fator importante na re-estruturação dos hospitais, na construção dos hospitais de isolamento. A revolução industrial, à qual correspondeu uma urbanização acelerada, desencadeou no interior dos hospitais um debate com relação à definição do lugar, das dimensões, e mesmo da arquitetura do hospital moderno. A classe médica francesa, desde o início do séc. XIX, reivindicava a construção de hospitais pavilhonares, cuja disposição arquitetural se propunha a livrar os estabelecimentos hospitalares de focos de infecção e do contágio, buscando higienizá-los. Acreditava-se que a contaminação do ar era produzida horizontalmente, e assim o espaçamento das construções seria uma forma de combatê-la.

Na Inglaterra, em meados do séc. XVIII, presenciou-se a adoção de medidas com relação à questão do isolamento dos pacientes de doenças contagiosas. Em 1742 foi fundado um hospital de isolamento, “The Highgate Hospital”, destinado a pacientes com varíola, e em 1802 foi criado o “The London Fever Hospital” para uso exclusivo de pacientes com febres contagiosas (LUTAUD, 1890).

Blandine Barret-Kriegel (1978), em seu texto sobre a medicalização, mostra que em 1780 o espaço hospitalar transformou-se em equipamento de saúde. Esta operação implicou em três requisitos, na valorização da salubridade, na quantificação das necessidades médicas, e na compreensão da população como lugar de saber médico. O hospital tornava-se o lugar, por excelência, de acumulação e desenvolvimento do saber médico. A autora afirma que a partir da observação do hospital promíscuo e insalubre, e de sua arquitetura solene mas inadequada, a Académie des Sciences formulou propostas que concerniam, por um lado, a eficácia terapêutica de seu espaço interior. O hospital era pensado enquanto equipamento, na medida em que devia adequar-se a determinadas fórmulas condizentes com as concepções médicas.

⁹ “ Examens d’un projeto de translation de l’hôtel-Dieu de Paris, et d’une nouvelle construction d’hôpitaux pour les malades” - Antoine-Laurent Lavoisier, Pierre-Simon Laplace, Jean-Sylvain Bailly, Charles Augustin Coulomb, Joseph Marie François de Lassonne, Louis Jean Marie Daubenton, Jean Darcet, e Jacques-René Tenon. 1786.

Contudo, a manutenção de índices elevados de mortalidade manteve aceso o debate acerca da higiene hospitalar, sobretudo no que concernia à hospitalização.

Carlos Seidl, um dos primeiros diretores do Hospital de São Sebastião, em seu trabalho “Do Isolamento Nosocomial” (1897) destacou a importância do isolamento nosocomial, e reconstituiu historicamente o estabelecimento dos hospitais de isolamento no mundo. Ressaltou, ainda, que coube a Jacques-René Tenon (1724-1816), cirurgião e estudioso de anatomia e oftalmologia, a primazia do projeto de um hospital de isolamento moderno, na França nas últimas décadas do século XVIII. Jacques-René Tenon dedicou importante parte de sua trajetória ao estudo dos hospitais, tendo participado da comissão que fora encarregada de estudar a situação do Hôtel-Dieu de Paris, em 1786. Tenon apresentou um relatório sobre os hospitais de Paris à Académie des Sciences, com o qual obteve tal êxito que foi enviado em viagem à Inglaterra para visitar suas instituições hospitalares. A distribuição dos leitos em pavilhões foi universalmente adotada após o referido relatório, que recomendava inclusive a adoção do sistema da enfermaria real de Stonehouse, em Plymouth (Inglaterra).

Tenon publicou, em 1788, as “Mémoires sur les hôpitaux de Paris”, nas quais apresentava, em sua primeira parte, uma descrição dos hospitais parisienses e de suas deficiências, destacando as péssimas condições, funcionários incompetentes, falta de higiene, e a inadequada prática de acomodar num mesmo leito pacientes com diferentes enfermidades. Refere-se à incidências de doenças e à taxa de mortalidade frequentes em hospitais parisienses, especialmente no Hôtel-Dieu. Em outra parte de sua obra Tenon questiona qual seria o local, na cidade, mais adequado para a instalação dos hospitais. Propõe uma nova organização e concepção para a estrutura hospitalar parisiense, que deveria ser constituída por um hospital central destinado às urgências, e mais quatro outros, periféricos, para os doentes vítimas de epidemias, de enfermidades da pele e os alienados curáveis. Sua obra era acompanhada de um projeto arquitetônico elaborado por Bernard Poyet, no qual destacava-se a necessidade de áreas hospitalares isoladas, bem ventiladas e claras, com os pacientes separados em alas especializadas. Seu trabalho lhe rendeu bastante publicidade e retorno, tendo sido, em seguida, colocados expressivos recursos à disposição da Académie des Sciences para a construção dos hospitais. O Hôpital de Ménilmontant, criado em Paris em 1878, foi renomeado posteriormente como Hôpital Tenon, em referência a seus projetos, e encontra-se em funcionamento nos dias atuais.

A originalidade da obra de Tenon residiu no fato de que não apresentou apenas uma clássica e simples descrição da obra arquitetônica como monumento, mas propunha-se, pela primeira vez, a análise dos hospitais sob um olhar crítico, funcionalista, baseado nas necessidades dos pacientes. Silva destaca que Tenon “trata os hospitais como um objeto de estudo, um paciente, como meio de estabelecer um diagnóstico, tendo por objetivo o estabelecimento de uma terapêutica” (2001, p.4).

Com o projeto de Tenon triunfava uma série de normas arquitetônicas e funcionais relativas à concepção e organização do espaço hospitalar. Entre estas normas apresentava-se a organização pavilhonar horizontal do espaço hospitalar, a qual possibilitava uma ventilação cruzada e uma ótima iluminação natural. Tenon acreditava que, desta forma, estariam sendo eliminadas a estagnação do ar e a umidade, considerados os maiores responsáveis pela insalubridade nos hospitais.

As normas propostas por Tenon para a organização interna dos hospitais, que visavam impedir o contágio, eram as seguintes: interdição dos leitos coletivos; e separação dos pacientes, segundo a doença e o sexo, em distintas enfermarias. Propunha, também, que cada um dos pavilhões do hospital tivessem seu próprio núcleo de serviços, seu serviço de registros, seu pessoal (enfermeiros, médicos), seus utensílios e móveis próprios, quase como se fosse um hospital em separado.

Na perspectiva de impedir o contágio nas enfermarias, Tenon acreditava que em cada enfermaria deveria haver no máximo de 34 a 36 leitos, e que a forma de distribuí-los, e as dimensões da enfermaria deveriam estar de acordo com os critérios de circulação, de quantidade e de qualidade do ar:

“(…) elas são deduzidas da estatura do homem, da natureza dos males, do clima e de uma certa economia que convém introduzir no serviço (....) não se deve estimar a grandeza das enfermarias pela extensão, vasta ou restrita, de suas dimensões, mas pela relação destas dimensões com o número de doentes (...) a enfermaria maior é aquela que proporciona o máximo de ar puro para se respirar (...) a estatura do homem determina, de maneira muito natural, o comprimento do leito que, entre nós, deve ser de seis pés, às vezes seis pés e meio. Como se deve colocar duas fileiras de leitos por enfermaria, e somente duas fileiras, tem-se já doze pés.(...)”
(Apud BENCHIMOL, 1990, p.193)

Nesta nova concepção de construção hospitalar, a circulação do ar tinha um papel fundamental e era imperativa para a salubridade daquele espaço, como destacava, em 1888, o Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, ao afirmar que “a necessidade de ar puro domina toda a higiene hospitalar” (DICATIONNAIRE, 1888, Tome Quatorzième, p.305).

Na concepção médica da época, o ar era compreendido como um elemento que alimentava os corpos, mas que também podia ser um veículo de miasmas. Benchimol (1990) ressalta que a esta concepção de miasma, originária da teoria de Hipócrates, foi acrescentada as idéias decorrentes das descobertas do químico Antoine-Laurent Lavoisier (1743-1794) sobre o papel do oxigênio e do gás carbônico na respiração. A renovação do ar era considerada fundamental, e foi definida uma correlação entre a quantidade e a qualidade de ar que cada paciente necessitava e as condições do espaço que o abrigava. Desta maneira, a quantidade e a qualidade de ar para cada paciente e a necessidade de impedir o contágio pelos miasmas, eram critérios fundamentais que anteriormente não estavam presentes em muitas das construções hospitalares.

A concepção de pavilhões separados uns dos outros, ou seja, o sistema pavilhonar, apresentava como uma de suas características a idéia da dispersão, pela qual não mais se teria a aglomeração de doentes, em uma mesma cama, e de doenças, comuns nos hospitais naquela época. Com o modelo pavilhonar os doentes seriam separados em diferentes pavilhões, pelo sexo, pelo grau de enfermidade que apresentavam, e pela doença.

As primeiras experiências do projeto de Tenon, o conceito pavilhonar, foram nos hospitais Beaujon e Saint-Antoine, em 1795, em Paris.

Importante destacar também a relação entre o desenvolvimento dos conhecimentos médicos, no século XIX, e a transformação do espaço hospitalar em um estabelecimento adequado para promover a saúde, como destaca Kleber Pinto Silva:

“A cirurgia foi definitivamente incorporada à medicina, através da medicina científica para a qual a ‘cena’ fundamental foi o hospital militar de campanha. O hospital civil foi transformado também: seu papel social começava a aumentar. A partir do surgimento da medicina científica, resultado da convergência entre a clínica e a cirurgia, o hospital torna-se importante para o aprendizado: a transmissão oral dos saberes é substituída pelo estudo direto dos corpos e de pacientes concretos. A partir de todas

essas transformações, sob o ponto de vista do conhecimento e da prática médica, o hospital contemporâneo já está formado” (SILVA, 2001)

Além desses conhecimentos, importa lembrar outros conhecimentos e práticas igualmente importantes para a transformação dos hospitais, como o desenvolvimento da anestesia, a prática da assepsia e a transformação do exercício da enfermagem. As bases da assepsia cirúrgica foram trazidas por Joseph Lister, em 1865, o qual, fundamentando-se nas teorias de Pasteur, indicava aos médicos, antes do ato cirúrgico, a lavagem das mãos com determinadas soluções. A organização dos espaços das enfermeiras foi obra de Florence Nightingale (1820-1910), que fundou uma escola de enfermeiras, em 1860, no Hospital St. Thomas, em Londres.

Esta nova visão dos hospitais deu origem a um modo de prevenção do contágio, baseado na codificação de um conjunto de regras de ordenamento espacial. Desta forma, cabia à arquitetura a atribuição de criar um espaço técnico, totalmente funcional, com condições para canalizar a circulação desordenada de fluídos, objetos e corpos, que representavam os veículos de contágio.

Presenciou-se, a partir de então, na França, e em outros países, o crescimento do número de instituições hospitalares especializadas nas áreas urbanas, e uma grande mudança nas suas estruturas e no seu funcionamento. Nestes novos hospitais a presença dos médicos passou a ser constante, foram adotadas estratégias terapêuticas definidas, os sistemas de observação e de registro foram normatizados, e os regimes terapêuticos eram adequados a cada paciente.

Por outro lado, afirmam Borsa e Michel (1985), a arquitetura hospitalar, no século XIX, era de certa forma paradoxal, na medida em que apresentava ter se modificado ao mesmo tempo pouco e bastante. Para fundamentar tal afirmação, tomam o exemplo do Hôpital Lariboisière, de Paris, destinado ao tratamento de erisipela, escarlatina e difteria, cuja construção fora concluída em 1854, e que comparando com o Hôpital Saint Louis (Paris, 1607), apresentava como sinal de progresso somente o fato de ter isolado as salas dos enfermos, em pavilhões separados por jardins e ligados por meio de um corredor central. Por outro lado, destacam o fato de que a arquitetura do aparato fora substituída pela arquitetura funcional, na qual o estilo hospitalar se caracterizava pela simplicidade de linhas.

Seidl (1897) descreve em seu estudo que, até 1889, existiam em Paris apenas em alguns hospitais gerais de adultos e de crianças, pavilhões ou salas destinadas ao isolamento das seguintes moléstias difteria, sarampo, erisipela, escarlatina, rubéola e oftalmia¹⁰. Em 1885, o Conselho Municipal de Paris decidiu estudar por conta própria a questão do isolamento, e para tal enviou vários de seus membros a Londres, para conhecer o funcionamento do sistema hospitalar inglês. No relatório publicado no retorno da viagem, adotava-se diversos aspectos do modelo hospitalar inglês. O Dr. Chautemps, um dos membros do Conselho Municipal, propunha neste relatório a construção, fora dos limites das fortificações da cidade, de hospitais especiais para quatro categorias de doenças: difteria, rubéola, tinea e varíola. Indicava, também, a adoção de um serviço especial de transporte para os contagiosos, e a permissão da permanência em Paris, recolhidos em abarracamentos especiais para cada doença, análogos ao sistema *André*¹¹, somente aos doentes cujo estado não comportasse seu traslado.

Ao referir-se ao isolamento nosocomial na Alemanha, Seidl (1897) afirmou que embora este apresentasse um progresso lento e uma legislação atrasada em relação a esta questão, a municipalidade, os médicos e a administração dos hospitais já haviam adotado algumas medidas nesta direção. Existia na Alemanha, mesmo em cidades pequenas, um grande número de hospitais gerais com pavilhões de isolamento. Seidl destacou também o trabalho de Albert Guttstadt (1840-1909) sobre os hospitais da Prússia, no qual este indicava a existência de 19 hospitais de isolamento e 24 hospitais gerais com pavilhões de isolamento.

As causas da insalubridade dos hospitais continuaram a ser investigadas, e outras proposições foram sendo apresentadas. O cirurgião Léon Le Fort, (1829-1893), membro da Académie National de Médecine e interno no Hôpital Sainte-Eugénie, em seu estudo sobre as cidades inglesas, reafirmou a idéia da relação entre a salubridade hospitalar e o meio ambiente urbano, ao demonstrar que a diminuição da mortalidade nas cirurgias realizadas era inversamente proporcional ao afastamento dos hospitais em relação aqueles centros. Na perspectiva da relação salubridade hospitalar e meio ambiente, Le Fort defendia a adoção do sistema hospital-barraca (Fig.1), que opunha-se ao modelo

¹⁰ Atualmente referida como conjuntivite.

¹¹ O sistema André refere-se a um tipo de pavilhão proposto por M. O. André, em 1889, à Société de Médecine Publique, na França. A característica principal do pavilhão está no emprego de um arcabouço todo metálico, extremamente leve, que podia ser sempre recuperado (lavagem, pintura, etc.).

do hospital-monumento, e que teria um caráter temporário, sendo construído de madeira. Le Fort compreendia que as edificações permanentes, e os materiais utilizados para construí-las, eram os verdadeiros inimigos da higiene hospitalar. Este sistema obteve o apoio do fisiologista alemão Rudolf Carl Virchow, e foi amplamente adotado, nos E.U.A. (Figs.2 e 3), e em países europeus, na época da Guerra da Criméia (1854), e em hospitais civis alemães e franceses. A Le Fort foi atribuído o mérito de ter instalado o primeiro hospital-barraca, o Hôpital Cochin, em Paris, no ano de 1780.

Outro médico francês, Michel Levy, que foi diretor da escola médica militar de Val-de-Grace, também defendeu o modelo do hospital-barraca. Em seu trabalho, “*Traité d’hygiène publique et privée*”, de 1844, tratou das epidemias, salubridade das cidades, e hospitais, assinalou a diminuição da mortalidade hospitalar onde este modelo era usado.

Para Henri Napias ¹², em seu trabalho sobre higiene hospitalar e assistência pública publicado em 1892, as construções leves, como barracas e tendas, interessaram muito particularmente à higiene militar, mas também foram importantes para a assistência hospitalar, como foi constatado por ocasião da Guerra da Criméia, quando não só as tendas e barracas foram pela primeira vez utilizados para substituir os hospitais permanentes, como contou-se com a participação pioneira da enfermeira Florence Nightingale na organização espacial dos serviços. Tal experiência foi repetida durante a Guerra de Secessão, nos E.U.A., e em 1871 foi construído o primeiro hospital-barraca permanente, em Leipzig (Alemanha).

Ainda segundo Henri Napias, era indicado que cada hospital tivesse algumas tendas prontas, para as situações emergenciais de uma epidemia, ou no caso dos pavilhões de isolamento apresentarem-se insuficientes.

Segundo Carmo (1984) Michel Levy, cujas idéias tiveram influência também no Brasil., afirmou que o edifício hospitalar delimitava e acumulava os germens, e a possibilidade de infecção era grande, enquanto que o hospital-barraca os separava, e apresentava menos chance de infecção.

¹² NAPIAS, Henri; MARTIN, André-Justin. *Hygiène hospitalière et assistance publique*. In: ROCHARD, Jules-Eugène. *Encyclopédie d’hygiène et médecine publique. Tome V*. Paris: Babé et Cie, Le Bataille et Cie. Éditeurs, 1892-1893.

A opção pelos hospitais-barracas deveu-se, afirma Jaime Benchimol (1990), ao fato de que este sistema fundamentava-se em um conceito de contágio distinto ao presente no projeto pavilhonar de Jacques-René Tenon, referido no capítulo anterior, e nos tratados de higiene das primeiras décadas do séc. XIX. A distinção encontrava-se no fato de que as observações médicas agora identificavam alguns outros elementos desencadeadores de insalubridade, e não unicamente o confinamento do ar, as concentrações de gás carbônico e os miasmas. Importava também a presença de *germes mefíticos*¹³, que seriam substâncias orgânicas que poderiam ser veiculadas pelo ar e contaminar os ambientes hospitalares.

Muitos postulados da higiene hospitalar foram sendo derrubados, entre os anos de 1870 e 1880, pelas teorias bacterianas e pelo novo paradigma estabelecido a partir das descobertas de Louis Pasteur (1822-1895). Pasteur, em seus estudos, a partir da constatação da existência de microorganismos, demonstrou também que microorganismos, os micróbios, podiam ser os agentes causadores das doenças. Os micróbios podiam ser difundidos pelo ar atmosférico, e também pelas mãos dos próprios médicos. Desta forma, estabelecia-se postulados não somente sobre a causalidade das doenças, como também sobre a higiene médica, introduzindo a preocupação com a assepsia e a desinfecção.

A nova concepção de contágio, trazida pela microbiologia, fundamentada na idéia da propagação de organismos singulares, na realidade não derrubou por completo os preceitos que preconizavam a salubridade hospitalar por meio de uma determinada estrutura arquitetônica, uma melhor ventilação e organização do espaço, presentes no projeto pavilhonar. As regras arquitetônicas, estabelecidas com a concepção de pavilhões isolados, foram mantidas mas foram incluídas outras que proporcionariam um grau maior de esterilização do ambiente hospitalar. Havia também regras referentes às características arquitetônicas do hospital, objetivando restringir as chances de contágio, como a definição de que não deviam apresentar saliências que pudessem favorecer a acumulação de poeira, e a adoção de materiais de revestimento que fossem periódica e facilmente lavados com soluções anti-sépticas. As exigências de assepsia levaram à padronização do mobiliário e dos trajés dos médicos, enfermeiros, etc.

¹³ BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ UFRJ, 1990. p.195.

A abordagem do isolamento das doenças contagiosas alterou-se também com a descoberta dos micróbios, pois a partir de então as características da edificação hospitalar não seriam mais os únicos inimigos da saúde do ambiente hospitalar. Assim compreendeu-se que o isolamento dos pacientes contagiosos, em pavilhões separados, não era suficiente para controlar o contágio, pois também seriam necessários outros procedimentos, os de assepsia. Posteriormente constatou-se que além das regras de assepsia, eram necessárias medidas contra as infecções secundárias, e foi proposta a criação de células para isolamento individual dentro dos pavilhões.

Analisando as mudanças transcorridas na arquitetura e na organização dos hospitais, ao longo do século XIX, percebe-se que muitas destas foram determinadas mais pela iniciativa dos médicos do que de arquitetos ou engenheiros. Foram os médicos que assinaram grande parte dos projetos e que acabaram por determinar que a arquitetura hospitalar deveria atender muito mais às questões de sua funcionalidade do que a preocupações meramente decorativas.

Assim podemos ver presente em tratados de higiene e em obras médicas de referência, deste período, inúmeras proposições referentes à construção de hospitais. As obras de Jules Rochard ¹⁴, Ambroise Tardieu ¹⁵ e A. Dechambre ¹⁶, dedicam páginas aos principais requisitos e características da construção hospitalar como as características ambientais, as condições do terreno, a capacidade das instalações hospitalares, os detalhes estruturais, os sistemas de ventilação, os sistemas de cobertura, os materiais de revestimento, os sistemas de iluminação e de recursos hidráulicos.

Este novo hospital, cujas primeiras transformações remontam ao final do séc. XVIII, com o projeto de Tenon, consolidou-se no final do séc. XIX e início do séc. XX:

“O hospital passou, assim a ser um objeto de estudo adicional para a ciência médica. Através desta preocupação pode-se perceber o novo papel que o hospital terá doravante: de máquina de curar”. (SILVA, 2001)

¹⁴ Encyclopédie d'hygiène et de médecine. Paris : Lecrosnier et Babé, 1890-1897.

¹⁵ Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité : ou, Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les epidémies, les professions, les établissements et institutions d'hygiène et de salubrité, complété par le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent . Paris : J. B. Baillière, 1852-54.

¹⁶ Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Directeurs A. Dechambre, L.Lereboulet. Tome Quatorzième. Paris: Asselin et Houzeau; G. Masson, 1888.

2.2 - As instituições hospitalares e as epidemias no Brasil

A assistência médica-hospitalar no Rio de Janeiro, do período colonial até a metade do séc. XIX, era bastante deficiente. Por muito tempo contava-se com poucos recursos, e basicamente com a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, e suas dependências, fundada em 1582. Após meados do séc. XVIII, outras instituições foram estabelecidas, como as Enfermarias da Companhia de Jesus, o Hospital Militar, o Hospital da Venerável e Arquiepiscopal Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo, o Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, e o Hospital dos Lázarus.

No séc. XIX, diversos hospitais foram estabelecidos, sendo alguns de atendimento geral, e outros voltados para o atendimento unicamente a certas moléstias, ou na eclosão de epidemias: Hospital da Ordem Terceira dos Mínimos de São Francisco de Paula, Hospício de Pedro II, Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Hospital Central de Marinha, Enfermaria de Beribéricos da Marinha, Enfermaria de São Vicente de Paula, Hospital de S. João de Deus da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro, Hospital de Nossa Senhora das Dores.

Em 1849, o intenso surto de varíola, e depois de febre amarela e de cólera morbo, atingiu grande parte da população (10.000 habitantes) do Rio de Janeiro, tendo falecido aproximadamente 4.000 pessoas. Naquela época não existia nenhum estabelecimento hospitalar em condições para atender tal situação. Havia necessidade de um hospital que pudesse atender os doentes mais pobres, receber os infectados dos navios, que estavam em quarentena no porto, e aqueles que adoeciam em terra e que em decorrência de suas moléstias contagiosas, não podiam ser acolhidos nos hospitais existentes.

Na segunda metade do séc. XIX, as novas instituições hospitalares, como o Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, foram construídas segundo o modelo de arquitetura pavilhonar. Estas instituições, em sua maioria, ainda eram beneficentes e gratuitas, sendo dirigidas e mantidas por ordens religiosas e instituições filantrópicas, mas já observava-se uma organização mais eficiente em termos terapêuticos.

Por outro lado, haviam surgido várias casas de saúde particulares¹⁷, cujos serviços médicos eram cobrados, e destinadas a atender os segmentos sociais mais abastados. Somente os hospitais militares, como o Hospital Militar da Guarnição da Corte e o Hospital da Marinha, e os de isolamento, criados no momento das epidemias, eram mantidos pelo Governo Imperial.

Em 1886, o decreto nº 9.554 reorganizou o serviço sanitário do Império, que compreendia o serviço sanitário da terra, a cargo da Inspetoria Geral de Higiene, e o serviço sanitário dos portos, de responsabilidade da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, ambas com sua sede na capital do Império. Entre as atribuições da Inspetoria Geral de Higiene, vale destacar a realização de serviços que cuidassem da higiene e da saúde pública, como a fiscalização do serviço de limpeza pública, o exame das águas distribuídas para consumo, o estudo de todos os projetos e propostas de construções públicas, no que interessasse à saúde e à higiene pública, análise das licenças para a venda de preparados medicinais, análise sobre a instalação de hospitais particulares, casas de saúde e maternidades, e a organização de planos de socorros públicos em épocas de perigo sanitário.

Em relação aos lazaretos, a reorganização proposta estabelecia que, tanto os já existentes, quanto como os que fossem criados no Império, passassem a dividir seus serviços em administrativos e médicos.

A separação dos serviços sanitários foi mais explicitada, já no período republicano, pela lei orçamentária de 1891, que estabelecia que ficavam a cargo do Distrito Federal os serviços de higiene e polícia sanitária urbana, a limpeza da cidade e das praias, além do Hospital de São Sebastião, criado em 1889.

¹⁷ Ver: ARAÚJO, Achilles Ribeiro de. *A Assistência Médica Hospitalar no Rio de Janeiro no Século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Cultura, 1982.

2.3 - Os hospitais de isolamento no Brasil

Na primeira metade do século XIX as condições de higiene dos hospitais no Brasil apresentavam indicações da falta de salubridade. Muitos estudiosos comentavam, desde o final do séc. XVIII, sobre o estado precário da saúde no país, e sobre a ineficácia dos meios até então empregados. Em 1798 o Senado da Câmara do Rio de Janeiro propôs, aos principais médicos da cidade, um questionário sobre as condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro. O questionário pedia suas opiniões sobre as possíveis influências do clima, da dieta alimentar e dos hábitos na incidência de moléstias. A elaboração do questionário decorreu, certamente, da constatação das precárias condições sanitárias desta cidade, face a incidência de moléstias. Entre as chamadas moléstias endêmicas estavam sarna, erisipela, empigens, tuberculose, boubas, morféia, elefantíase, bicho dos pés, leucirréia, dispepsia, hemorróida, e edemas de pernas. As moléstias epidêmicas mais presentes eram as febres intermitentes, e a epidemia das bexigas (varíola). Os médicos Bernardino Antonio Gomes, Antonio Joaquim de Medeiros e Manuel Joaquim Marreiros responderam¹⁸ ao questionário.

Um dos primeiros estudos médicos, impresso no Brasil em 1808, intitulado “Reflexões sobre alguns meios propostos para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro”, de autoria do físico-mor do Reino, o Dr. M.Vieira da Silva, sinalizava a preocupação com as condições sanitárias na cidade do Rio de Janeiro.

¹⁸ O questionário e as respostas foram publicadas, em 1813, no periódico *O Patriota*.

Em 1828 foi realizado um inquérito sobre os hospitais na cidade do Rio de Janeiro, elaborado por uma comissão encarregada pela Câmara Municipal. Em seu relatório¹⁹ destacaram a precária situação dos hospitais, especialmente as condições da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

O processo de estruturação e de transformação dos hospitais no Brasil acompanhou, em grande parte, as tendências externas citadas anteriormente. Eliane Villas Bôas de Freitas Penteado (1999), ao comentar sobre a morfologia das construções hospitalares no Brasil, afirma que esta caracterizou-se, desde o período colonial, pela morfologia em “U” ou quadrada, que era um exemplo da influência renascentista européia de arquitetura hospitalar.

Na segunda metade do séc. XIX, as novas construções hospitalares, como o Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, iniciado em 1840 e concluído em 1852, atendiam aos padrões da arquitetura pavilhonar horizontal, de Jacques-René Tenon. Carmo ressalta que “o grande reformador da Santa Casa da Misericórdia, José Clemente Pereira, seguiu fielmente esse esquema francês, com o entusiástico apoio de D. Pedro II” (1984, p.250).

O Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia, construído segundo as exigências da higiene hospitalar da época, tinha modernas salas de operações, com material e estufas para desinfecção, um *hydrotherapium*, uma enfermaria para infectuosos, outras 28 enfermarias e dispunha de 1.015 leitos.

Nesta época, a Academia Imperial de Medicina havia proposto um programa para o saneamento financeiro da Santa casa, e entre suas medidas dizia da necessidade de extinção do cemitério da Misericórdia e construção de outros cemitérios fora dos limites da cidade, em benefício da salubridade.

Em 1849, temendo o alastramento da epidemia de febre amarela, principalmente no Rio de Janeiro, fato que se confirmou em fins de dezembro, o Governo Imperial viu a necessidade de criar uma comissão para combatê-la, a Comissão Central de Saúde Pública. Esta

¹⁹ JOBIM, José Martins da Cruz; FORBES, Antônio Ribeiro Fernandes; ALMEIDA, Cypriano José de; FERREIRA, João Pedro da Silva; MENEZES, José Augusto Cesar de; PILAR, João da Silveira. *Relatório da comissão de visita das prisões, cárceres de conventos, e estabelecimentos de caridade, nomeada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Tip. do Diário, 1830.

Comissão decidiu pela instalação de alguns hospitais de emergência, inaugurando em janeiro de 1850 o Lazareto da Ilha do Bom Jesus, em março o Lazareto do Saco de Alferes, e o Hospital de Nossa Senhora do Livramento. Em 1851, Francisco de Paula Cândido, presidente da Junta de Higiene Pública, denominação atribuída à Comissão Central em 1850, alugou um prédio na enseada da Jurujuba, e lá foi instalado, em 20 de janeiro de 1851, um hospital de isolamento, destinado principalmente ao atendimento dos doentes das embarcações que aportavam no Rio de Janeiro, denominado de Lazareto de Jurujuba. Depois batizado como Hospital Marítimo de Santa Izabel (1853) e, ainda Hospital Paula Cândido, funcionou direto até 1861, quando diminuía bastante a incidência de febre amarela, e foi reaberto em 1870 com o reaparecimento da enfermidade. Carlos Seidl ²⁰ considerava que este fora o primeiro hospital, criado na Capital do Império, para o isolamento de doentes de enfermidades contagiosas. O Hospital Paula Cândido foi reformado, mas acabou sendo fechado em 1899, quando seus pacientes foram transferidos para o Hospital de São Sebastião, de isolamento instalado em 1889 no Caju.

Além deste hospital, a Junta procurou implementar as enfermarias para tratamento de doentes pobres, que haviam sido autorizadas pelo Governo em setembro de 1850. Assim, a primeira enfermaria instalada foi a de São João Baptista da Lagoa, em terreno da Santa Casa da Misericórdia, e outra foi criada na Casa de Saúde do Doutor Peixoto, que atendia os pacientes no bairro da Gamboa. A localização distante do centro, o isolamento, a exposição aos ventos e a vegetação abundante daquela casa de saúde, foram considerados pelo presidente da Junta os fatores determinantes para a inauguração, em 1853, da enfermaria destinada a pacientes de doenças epidêmicas e contagiosas, principalmente coléricos, depois conhecida como Hospital da Gamboa. A terceira enfermaria foi estabelecida, em 1855, na Chácara do Morundú, também da Santa Casa, na praia de São Cristóvão, depois transferida para a rua de São Cristóvão, e chamando-se Enfermaria de Nossa Senhora do Socorro.

Com o surto de cólera, em 1854, era necessário um estabelecimento para atender os passageiros, doentes e suspeitos, dos navios em trânsito, e assim foram criados o Lazareto de Maricá e Lazareto da Várzea, em Jurujuba, que funcionavam agregados ao Hospital Marítimo de Santa Izabel.

²⁰ SEIDL, Carlos. *O isolamento Nosocomial: Memória apresentada á academia Nacional de Medicina como título de admissão*. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1897. p.68.

Em 1876, o Governo Imperial instalou o Lazareto Flutuante, também em Jurujuba, que era um navio adaptado para o isolamento de passageiros vindos de portos suspeitos. Estes passageiros eram mantidos em observação, e caso se confirmasse seu adoecimento, eram transferidos para o hospital de isolamento.

Apesar de divergências com relação à questão do contágio, em 1880 havia um consenso com relação à necessidade urgente da criação de um grande hospital para infectuosos, aonde estes doentes fossem tratados e onde pudessem ser feitas pesquisas sobre a etiologia e patogenia das enfermidades epidêmicas. Nos estudos de médicos, como João Vicente Torres Homem e José Pereira Rego, retratava-se as condições de salubridade do Império, e demonstrava-se a necessidade da construção de um nosocômio, “fosse do tipo hospital-monumento, fosse hospital-barraca, ou uma variedade mista” (CARMO, 1984, p.263).

Entretanto, o debate sobre os hospitais, para isolamento das doenças contagiosas, ainda era intenso. Discutia-se, ainda, as características arquitetônicas do estabelecimento hospitalar a ser construído. A necessidade do atendimento às regras de higiene, e da adoção dos pavilhões isolados, não eram pontos questionados. Debatia-se sobre o material da construção e o caráter destes pavilhões, se seriam provisórios, como os hospitais-barracas de Le Fort, ou permanentes, ogivais e com um só pavimento conforme propunha o modelo de Tollet ²¹.

O modelo de hospitais-barracas era defendido pelo cirurgião-mor da Armada, Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo, entendendo que estes eram melhores e adequavam-se mais aos ditames da ciência moderna, ao passo que as construções permanentes, em função de suas características, eram mais vulneráveis às infecções. Por outro lado, haviam os que questionavam a superioridade dos hospitais-barracas, como Manoel José de Oliveira, que entendia que embora a extinção dos chamados hospitais monumentos fosse algo definido, não existia certeza ainda quanto às condições das hospitalares provisórias:

“Posta de lado a questão de edificação dos hospitais em pavilhões isolados, não é de tão pouco valor como parece ao colega [Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo] a questão do material ferro ou madeira, porque, se o colega aceita um mefitismo

²¹ TOLLET, C. *Sur les principes Qui doivent présider a la construction des logements collectifs (hommes et animaux)*. Paris: A. Parent, 1876.

nos hospitais ordinários, a ele não é de certo alheia a madeira, porque não é só o tijolo, o barro etc., que retêm os germes mórbidos, e com o ferro pode prevenir-se essas más condições e ganhar-se a falta de insetos nocivos e as dificuldades de incêndio. (...) As diversas formas de hospitais de que, por assim dizer, são pródigos os americanos, não tem grande influência na sua inocuidade, porque desde que se cumpram à risca os preceitos higiênicos na sua construção, que se atenda à higiene interna, espaçando os pavilhões, disseminando os doentes de certas enfermidades, dando uma boa orientação ao hospital, dispondo os pavilhões de maneira que um não faça sombra aos outros, roubando-lhes parte da luz e a livre circulação do ar (...). Se a estes quesitos juntarmos a separação completa das partes administrativas e utilitárias, se a construção for feita em lugar descoberto, em solo seco e em declive, e dando-se para cada doente 50 metros quadrados de superfície, longe dos grandes povoados (...) cubagem de 50 pés cúbicos de ar para cada doente, de sorte que lhe toque pouco mais ou menos na sala 4 metros de comprimento, 5 metros de altura e 2 ½ de largura, o que não é exagerado, porque em 1788 Tenon já pedia 51 metros para cada doente e 48 para um convalescente, teremos um perfeito hospital”. (OLIVEIRA, 1881, p.101-102)

Por sua vez Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo afirmava categoricamente os benefícios, já constatados em outros países, do triunfo dos hospitais-barracas:

“Se dirijo-me ao terreno da medicina, vejo a cada passo o triunfo dos hospitais provisórios, demonstrado pela imunidade total para o tifo, ena nosocomial. (...). Por toda a parte se erguem vozes condenando os hospitais monumentais, e Carlos Sarrazin não hesita em declarar que o hospital permanente é o hospital sepulcro, incapaz de realizar resultados favoráveis, (...) e que o hospital-barraca, note o colega, renovado em quase sua totalidade de 10 em 10, ou de 15 em 15 anos, é o único que pode apresentar as condições higiênicas necessárias aos estabelecimentos hospitalares, permitindo realizar notáveis economias.” (AZEVEDO, 1881, p.117)

Em 1889, Fernando Francisco da Costa Ferraz, redator dos *Annaes da Academia de Medicina*, em seu trabalho “O novo hospital de Jurujuba”, caracterizou este estabelecimento e o Hospital de São Sebastião, em construção na época como “monstruosidades científicas” e “artefatos anti-científicos”²². Costa Ferraz também defendeu a eficácia dos hospitais-barracas, pois entendia que mesmo os mais renomados hospitais monumentais, como o Lariboisière, em Paris, e o St. Thomas, em Londres, apresentavam condições tão favoráveis quanto as adotadas pelo sistema Le Fort. Entre estas vantagens apontava a facilidade de remoção quando fosse necessário, e de destruição no caso de um foco de infecção.

²² *Apud* SEIDL, Carlos. Op. Cit. p.82.

Em 11 de novembro de 1882 foi inaugurado o Lazareto na Ilha de Santa Bárbara, mas não funcionou bem ²³ devido às dificuldades com o transporte dos doentes.

Ainda eram comuns as críticas com relação às condições de salubridade do Rio de Janeiro, vindas principalmente dos médicos membros das sociedades de medicina, como Fernando Francisco da Costa Ferraz, da Academia Imperial de Medicina, que apresentou um estudo no qual destacava a existência de 1294 cortiços na cidade, que eram verdadeiros focos de infecção, de febre amarela e de outras moléstias.

Face ao impacto do surto de varíola, em 1882, foi instalada uma enfermaria provisória para acolher pacientes de varíola, o Hospital de Santa Bárbara, na ilha do mesmo nome, depois conhecido como *Hospital de Bexiguentos*. A ameaça da epidemia de cólera, que se alastrava na Europa, levou o Governo a estabelecer, em 1884, na enseada do Abraão (Ilha Grande), o Lazareto da Ilha Grande, com condições para o regime de quarentenas, como um hospital de isolamento.

Em 1884 foi construída uma Enfermaria de Marinha, na Ilha das Cobras, seguindo o sistema Le Fort, de enfermaria-barraca, que já tinha sido usado na Guerra do Paraguai (1864-1870).

O Ministro do Império, Antonio Leitão da Cunha, propôs, em 1886, uma programa de saúde pública, que incluía o saneamento de áreas da cidade, aterro dos pântanos, desmonte do Morro de Santo Antonio, combate aos cortiços, esgotos, água potável e a construção de um grande hospital de isolamento. Nas discussões que se seguiram José Pereira Rego (Barão do Lavradio) concordou com as idéias ministeriais, mas discordou com relação ao tipo de hospital, e João Batista dos Santos, presidente da Junta Central de Higiene Pública, defendeu o tipo do hospital-barraca.

Somente na sessão da Academia Imperial de Medicina, que viria a ocorrer em 30 de junho de 1889, quando o programa para o saneamento da cidade, proposto antes pela Academia, foi retomado por seu presidente, Agostinho José de Souza Lima, é que foi definida aquela situação.

²³ CARMO, José Messias do. Política Hospitalar do Império. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, Anais do Congresso de História do Segundo Reinado*. 2º vol. Rio de Janeiro; Brasília, 1984. p.254.

Em 1889, logo que o conselheiro Antônio Ferreira Vianna assumiu o cargo de Ministro de Estado dos Negócios do Império, procurou promover reformas no serviço sanitário e na saúde pública. O decreto de 9 de fevereiro daquele ano disponibilizava um crédito extraordinário para o saneamento de despesas urgentes, como auxílio às populações vitimadas pela seca, e para melhoria do estado sanitário da capital do Império e obras de saneamento. Pelo mesmo decreto autorizou a Inspetoria Geral de Higiene:

“1º Para criar hospitais que fossem necessários para isolamento e tratamento das pessoas acometidas de febre amarela no perímetro da cidade; 2º Para organizar o serviço de pronta remoção dos doentes para os mencionados hospitais, que ficariam sob sua imediata direção; 3º Para aumentar o número de desinfetadores na proporção das necessidades do serviço; 4º Para criar desinfectórios, utilizando-se das estufas de Geneste e Hercher adquiridas pelo Ministério do Império, enquanto não se pudesse obter maior número de tais aparelhos.” (BRASIL, Decreto nº 10.181)

Em 1889, ano em que também ocorreu uma grande epidemia de febre amarela, foram criadas as condições para que ao lado do antigo edifício do Hospital Marítimo de Santa Izabel fosse construído um novo.

Diante do novo avanço da epidemia de febre amarela, foi retomada, já nos últimos dias do Império, a idéia da construção de um hospital de isolamento, determinada pelo próprio Imperador D. Pedro II, e adquirido um terreno na rua Retiro Saudoso, no Caju, com este objetivo. Surgiria assim o Hospital de São Sebastião, inaugurado, como indicam as inscrições da placa de bronze existente na sede, uma semana antes da proclamação da República.

Um dos trabalhos pioneiros sobre os hospitais de isolamento no Rio de Janeiro, foi o de Carlos Seidl, um dos primeiros diretores do Hospital de São Sebastião, intitulado “Do Isolamento Nosocomial”, e que foi apresentado à Academia Imperial de Medicina em 1897. Neste trabalho destacou a importância do isolamento nosocomial:

“Ninguém, sem dúvida hoje, depois das descobertas científicas indubitáveis do microscópio, depois das conhecidas verificações clínicas, depois das estatísticas acuradamente organizadas pelos higienistas, poderá em boa fé contestar que o isolamento nosocomial de certas e conhecidas moléstias seja uma questão de suma importância, que figure salientemente entre as que constituem a profilaxia de defesa.” (SEIDL, 1897, p.5)

Desta forma, o estabelecimento de um hospital de isolamento era um objetivo extremamente importante, o qual fora concretizado com o plano apresentado por Antonio da Rocha Faria, inspetor geral de higiene pública, e implementado na administração de Antonio Ferreira Vianna, Ministro do Império, a criação do Hospital de São Sebastião.

Recapitulando a história da saúde pública em outras regiões do país, Carlos Seidl ²⁴ ressaltou que na época da reorganização do serviço sanitário de São Paulo, realizada com a administração de Cesario Motta, Secretário do Interior, em 1893, foi instalado um estabelecimento de isolamento nosocomial :

“Além do hospital de variolosos que já existia (...); foi construído um moderno hospital de isolamento em terreno preparado, com pavilhões isolados e com todos os elementos indispensáveis a construções dessa natureza. Não faltará a esse hospital nem a luz elétrica, nem o crematório, duas modernices de grande alcance, desconhecidas nos hospitais da Capital do Brasil.” (SEIDL, 1897, p.17)

Entre os estudos contemporâneos sobre os hospitais de isolamento podemos citar o de Rodolpho Telarolli Junior (1996), que trata sobre os hospitais de isolamento em São Paulo. Telarolli Junior afirma que os hospitais de isolamento e o serviço de desinfecções, em São Paulo, configuravam a estrutura institucional para a implantação das medidas de polícia sanitária destinadas à profilaxia do contágio. O isolamento hospitalar, segundo o autor, era destinado principalmente ao controle de da febre amarela e da varíola, mas foi adotado também para o combate de outras doenças como a difteria, escarlatina e febre tifóide. A prática de isolar os doentes nas instituições hospitalares, criadas para tal, na realidade promovia somente a desinfecção dos objetos e dos domicílios dos doentes, mas não tratava especificamente dos doentes e de suas doenças, pois ainda inexistiam terapêuticas eficientes para cada uma dessas doenças. Desta forma, acrescenta Telarolli Junior, os hospitais no Brasil naquela época apresentavam semelhanças aos antigos lazaretos coloniais, nos quais também os pacientes eram isolados, e não a enfermidade.

²⁴ SEIDL, Carlos. *Op. Cit.*

Nas regiões onde não existiam hospitais de isolamento, os prédios das Santas Casas da Misericórdia eram utilizados como tal. No Estado de São Paulo a maioria dos hospitais de isolamento foram inaugurados, segundo Telarolli Junior, depois de 1896, em decorrência da epidemia de febre amarela que atacou o interior paulista, especialmente a região cafeeira. Outras cidades paulistas como Santos, Campinas e a própria capital do Estado tiveram suas instituições criadas em datas anteriores.

Como exemplo dessa organização hospitalar, no Estado de São Paulo, podemos mencionar o Hospital de Isolamento de São Paulo, que em 1932 passou a chamar-se Hospital Emílio Ribas, e atualmente denomina-se Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

O Hospital de Isolamento de São Paulo foi instalado nos terrenos da fazenda Araçá, situada na estrada do Araçá, atual avenida Arnaldo Vieira de Carvalho, na cidade de São Paulo. Foi inaugurado, em 8 de janeiro 1880, pelo vice-presidente da província de São Paulo, Joaquim Egydio de Sousa Aranha, Marquês de Três Rios, tendo também comparecido à inauguração J.W.G. Cochrane, engenheiro responsável pelo projeto do edifício. O Hospital, que completava a estrutura da saúde pública daquele estado, destinava-se ao isolamento de pacientes, especialmente os imigrantes e os sem recursos, que tinham sido acometidos por doenças infecto-contagiosas como tifo, varíola, febre amarela, peste bubônica e outras. Marta de Almeida destaca o perfil dos pacientes abrigados nesse estabelecimento:

“O hospital de isolamento era concebido como espaço destinado, sobretudo àqueles que não tinham recursos ou condições salubres para tratar-se em casa. Nesse sentido, Ribas recomendava às pessoas abastadas que tivessem um cômodo preparado com todo rigor de higiene em suas casa, para tratamento dos membros da família atacados de moléstias transmissíveis. Ao mesmo tempo, para aqueles que residissem em habitações consideradas não higiênicas, em aglomerados humanos, não era permitido serem tratados em casa. As autoridades sanitárias deveriam remover os doentes para o hospital ou para outro lugar apropriado.” (ALMEIDA, 2003, p.111)

O Hospital de Isolamento de São Paulo, da mesma forma que o Hospital de São Sebastião, no Rio de Janeiro, estava inserido no contexto da teoria dos miasmas, e assim instalou-se em local afastado do centro, para evitar a disseminação das doenças.

Foi construído seguindo as orientações de arquitetura e organização hospitalar do período, tendo como padrão o projeto de Jacques-René Tenon. Desta forma apresentava o estilo pavilhonar, com seus pavilhões projetados de forma a propiciar uma boa ventilação e

iluminação no seu interior. Cada um de seus pavilhões destinava-se a uma das enfermidades, tendo um pavilhão para a febre amarela, outro para a varíola, e assim sucessivamente. Cada pavilhão possuía enfermarias divididas por gêneros, masculino e feminino.

É interessante notar que o corpo médico, de enfermeiras, além dos pacientes do hospital, para poderem percorrer aquele recinto, também passavam pelos procedimentos de desinfecção. Antunes (1992) destaca que esta rotina era orientada pela idéia do cordão hospitalar, que buscava isolar dentro do próprio estabelecimento os enfermos e aqueles que os atenderiam.

Nos primeiros anos da República teve novos pavilhões, construídos em 1892 e 1894, pelo engenheiro Teodoro Sampaio, e inaugurados pelo Presidente do Estado, Bernardino de Campos, e pelo Secretário do Interior, Cesário Motta Junior. Em 1896 foi iniciada a construção da sede do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo no terreno do hospital. Destacaram-se em sua história seus primeiros diretores, Victor Godinho e Cândido Espinheira, além de dirigentes de outras instituições que colaboraram com o hospital como Adolfo Lutz, Vital Brasil, e Emilio Ribas entre outros. Este estabelecimento foi de grande importância para o estudo e empenho para erradicação do cólera na Capital e da peste bubônica em Santos.

Ao compararmos a história do Hospital de Isolamento de São Paulo percebemos claramente pontos de semelhança com o Hospital de São Sebastião já que ambos eram hospitais de isolamento, fundados em meio à crise epidêmicas, os terrenos onde foram feitas suas edificações eram chácaras e suas estruturas arquitetônicas pertenciam ao modelo pavilhonar.

CAPÍTULO 3: O HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO E O PARADIGMA DA ARQUITETURA HOSPITALAR DO PERÍODO

3.1 - A fundação do Hospital de São Sebastião

No final do Segundo Reinado (1840-1889) não existia, no Rio de Janeiro, um grande hospital especializado para o tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas, especialmente a febre amarela que, desde 1850, incidia de forma vigorosa, tendo vitimado 21.166 pessoas entre 1872 a 1889. Na época havia somente dois hospitais de isolamento, o Hospital Santa Bárbara, localizado na ilha de igual nome, e o Hospital Santa Isabel, em Jurujuba (Niterói), destinado aos doentes dos navios ancorados no Porto do Rio de Janeiro.

Os debates sobre as condições de salubridade da cidade e sobre a construção de um hospital eram constantes na década de 1880. As divergências somente foram resolvidas a partir da sessão da Academia Imperial de Medicina, de 30 de junho de 1889, a última com a presença do Imperador D. Pedro II, na qual o presidente da Academia, Agostinho José de Souza Lima, retomou as medidas propostas antes, como o combate aos focos epidêmicos, a destruição dos cabeças-de-porco, e a construção de um hospital. A situação epidêmica naquela época, com o avanço da febre amarela nas cidades do Rio de Janeiro, Barra Mansa, Barra do Piraí, Valença e Rezende, reforçava as preocupações. Assim o Imperador D. Pedro II determinou ao Ministro do Império Antonio Ferreira Vianna que fosse construído imediatamente o hospital, e para tal foi adquirido um terreno na rua Retiro Saudoso, no Caju.

Com a verba destinada aos Socorros Públicos, o Governo Imperial decidiu arrematar a vasta chácara na praia do Retiro Saudoso nº27, que encontrava-se à venda, para a construção do estabelecimento nosocomial.

As obras de adaptação e ampliação foram entregues ao engenheiro Eugênio de Andrade, que em pouco tempo pôde transformar e construir pavilhões, e apresentar um hospital modelo para a época.

A inauguração, marcada para o dia 9 de novembro de 1889, foi a última cerimônia oficial deste gênero realizada ainda sob o regime imperial, conforme na época foi noticiado nos jornais de grande circulação. Para a inauguração do Hospital, partiram do Largo de São Francisco, no bonde imperial, Sua Majestade D. Pedro II, o Conde e a Condessa D'Eu, o médico Cláudio Velho da Motta Maia e Ambrósio Leitão da Cunha, Barão de Mamoré. Chegaram às 10hs ao Hospital, sendo recebidos por Franklin Américo de Menezes Dória, então Secretário de Estado dos Negócios do Império, Benjamin Antonio da Rocha Faria, inspetor geral de higiene, e Eugenio de Andrade, engenheiro responsável pela obra. Também estiveram presentes à inauguração outros membros da Inspetoria Geral de Higiene, o conselheiro Ferreira dos Santos, uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, e figuras de outros segmentos sociais.

O Imperador D. Pedro II demonstrou bastante interesse durante a visita, tendo conversado longamente com o inspetor geral de higiene, sobre hospitais brasileiros e europeus. A conversa prolongou-se de tal forma que excedeu o tempo previsto e fez com que membros

da comitiva viessem lembrá-lo de interromper a visita, tendo em vista a necessidade de se ultimar os preparativos do grande baile que realizar-se-ia na Ilha Fiscal, naquela noite.

Imediatamente começou a visita ao hospital, e após terem percorrido as enfermarias e diversas dependências foram para a linda capela do hospital, onde o monsenhor Raymundo Britto, acompanhado do cônego Eduardo Christão e do reverendo Pe.Couto Reis, benzeu o edifício (Fig.12). Reunidos depois todos em uma sala do edifício, pronunciou o Dr. Benjamin Antonio da Rocha Faria, inspetor geral de higiene, o seguinte discurso:

“Senhores - Em boa hora se empenha o Estado na luta ingente contra a febre amarela entre nós, e neste cometimento generoso, a criação do hospital exprime o fecundo início de medidas que se vão realizando, em prol da regeneração dos nossos créditos sanitários comprometidos pela devastação do flagelo americano. Nesta cruzada social, que é hoje um dos mais graves deveres da administração, este hospital representará papel assinalado na solução do problema complexo do saneamento do Rio de Janeiro, e de pronto, satisfaz uma necessidade urgentíssima; permite a assistência pública e imediata aos que sofrem e clamam socorro nas crises dolorosas dos momentos epidêmicos; nulifica ou atenua as conseqüências funestas da infecção que se irradia de focos múltiplos e esparsos; concilia portanto, os interesses da Saúde Pública com os preceitos da caridade e com as leis da civilização; mitiga o infortúnio dos pobres com o amparo, o desvelo e o conforto dos cuidados que lhes dispensa, cercando-os de todos bons elementos que triunfarão da moléstia; e, neste apostolado indulta-se do mal que lhes proporciona, seqüestrando-se á família e ao lar, o seu turno purificado. Senhores – Embora modesta, como todas as festas de caridade, esta soleniza-se por ter merecido o realce insigne da augusta presença de V.M. Imperial, o chefe venerando da nação; dignai-vos, pois, a honrar, rubricando-a, a página deste livro que comemora a inauguração do Hospital São Sebastião, título imorredouro de benemerência dos estadistas que o fizeram construir, e cujos nomes, a todo e sempre lembrará, provando a solicitude do Estado pelo sofrimento popular e pela salubridade desta Capital”. (Apud AQUINO, 1945, p.372-373)

O Hospital de São Sebastião foi uma surpresa para a maior parte dos que assistiram a sua inauguração, dada sua construção, a disposição de suas enfermarias e dependências, os dois belíssimos e higiênicos pavilhões e outros acessórios, dignos de destaque na época. O edifício estava ornado de bandeiras e galhardetes, e em cada uma de suas janelas laterais via-se escudos, sendo que em um deles lia-se Conselheiro Ferreira Viana e no outro Conselheiro Barão do Loreto. Nas salas de entrada havia uma chapa de bronze embutida na parede na

qual lia-se os nomes dos Conselheiros Franklin Américo de Menezes Dória (Barão do Loreto) e Antonio Ferreira Viana, do Dr. Rocha Faria, inspetor de higiene, e de Eugenio de Andrade, o engenheiro construtor.

3.2 - O Hospital de São Sebastião: uma casa para isolamento de doentes de febre amarela

O hospital tinha aspecto de uma vila, tal era o número de edificios que apresentava, todos de forma independentes um dos outros, de modo a garantir que nada de nocivo pudesse passar para outras dependências do estabelecimento. Tinha sete enfermarias, duas delas exteriores e da maior elegância, e dois magníficos pavilhões de madeira característicos do sistema Le Fort, tendo cada um 45 metros de comprimento e 12 metros de largura, com acomodação folgada para 60 leitos cada um, podendo este número ser elevado em caso de necessidade, sem prejudicar as condições de higiene do estabelecimento.

Havia entre os dois pavilhões uma galeria que os comunicava, e desta saía ter uma outra que conduzia à parte inferior do estabelecimento. Estas galerias serviam de abrigo para os doentes que tivessem de ser levados aos pavilhões superiores, que constituíam enfermarias de primeiro grau pela sua excepcional posição. Foram utilizados pela primeira vez os iluminadores D'Arcet, que produziam simultaneamente a iluminação e a aspiração do ar viciado em decorrência das funções naturais dos enfermos, tornando possível assim garantir a cada doente uma quota determinada de ar novo. Esta quota era introduzida por orifícios inferiores munidos de aberturas graduáveis para velocidade máxima e mínima das correntes exteriores, de modo a distribuir a cada leito por hora a razão fixa de 150m³ de ar, o que era considerado satisfatório pelos modernos higienistas. As enfermarias 3, 4 e 5 eram gerais, todas bem instaladas; a de nº 6 destinava-se exclusivamente ao tratamento de mulheres, e a 7ª, com 5 leitos, para os doentes em fase agonizante. Estas duas últimas enfermarias estavam nas mesmas condições das demais.

Em edifícios próximos, mas independentes havia, também, um refeitório, cozinha, almoxarifado, necrotério, residência para médicos, casa para irmãs de caridade, lavanderia, reservatórios e outras dependências. Destacava-se a solidez, a forma elegante e a bela ornamentação em todas as construções.

Na parte superior do morro, a 33 metros sobre o nível da rua, estava construído um reservatório de 42.000 litros de água, que eram distribuídos para todo o estabelecimento, de acordo com as necessidades, ou diretamente, ou com interposição de reservatórios parciais de 16.000 litros.

Entre os anos de 1890 e 1891 o Hospital de São Sebastião foi abalado por uma campanha difamatória promovida pela ex-companhia São Lazaro, a qual tendo em vista o fato de que vários de seus empregados, acometidos pela febre amarela, e lá internados, terem falecido, divulgou na imprensa uma campanha difamatória, caracterizando o Hospital como ante-câmara da morte. Acredita-se que a companhia tinha na realidade um grande interesse pelo terreno do hospital, e assim buscava por todos os meios um meio de expulsar a instituição daquele local. A campanha, encaminhada por um dos diretores da companhia, foi adquirindo grandes proporções e abalou seriamente a credibilidade do hospital em 1891. Em defesa da instituição vieram autoridades sanitárias, como Joaquim José Torres Cotrim, ajudante do inspetor geral de higiene, e Luiz Antonio da Silva Santos, inspetor sanitário de São Cristóvão, que realizaram investigações e as relataram em documentos. Torres Cotrim procurou ressaltar o desconhecimento daquela instituição hospitalar, expresso em tais acusações:

“Só quem não conhece os recursos de isolamento e desinfecção, ali postos em prática, só quem vive completamente alheio aos progressos da higiene defensiva, em hospitais especiais, poderá recear esta transmissibilidade de germens que não devem existir, por serem imediatamente neutralizados os líquidos orgânicos que os encerram, com os recursos da desinfecção eficaz.(...)1ª. Não são verdadeiras nem científicas as presumidas causas de insalubridade que os requerentes julgam militar em oposição à colocação do Hospital de S. Sebastião no Retiro Saudoso. 2ª. Na posição em que se acha o hospital não podem dali provir danos para a circunvizinhança, o que aliás, seria contestável a priori em qualquer posição, desde que esse estabelecimento funciona com todos os preceitos da mais exigente higiene moderna. 3ª. É inteiramente inexata a porcentagem da mortalidade que os requerentes atribuem ao Hospital (...). 4ª. Os doentes removidos das fábricas da Companhia S. Lazaro para o hospital, tem em sua maioria sucumbido, por entrarem quase moribundos, em franco período hemorrágico, permanecendo apenas horas nas enfermarias. 5ª. Este fato importa infração das leis sanitárias e transforma as oficinas da S. Lazaro em verdadeiros focos epidêmicos para os demais operários que continuam a trabalhar, e para a circunvizinhança,

não sendo cumpridos os preceitos de desinfecção durante a moléstia e após a remoção, como o exigem os regulamentos sanitários”. (Apud SEIDL, 1897, p.79-80).

Entre os inspetores gerais de higiene destacou-se o empenho de Bento Gonçalves Cruz, que em 4 de setembro de 1891, encaminhou um ofício ao Ministro do Interior, mostrando os absurdos daquelas colocações da companhia São Lazaro:

«Inspetoria Geral de Higiene. – Rio de Janeiro, 4 de setembro de 1891 – Mostra-nos a experiência em cada epidemia que nos flagela a insuficiência dos recursos de que dispomos para o necessário isolamento dos acometidos, e foi para armar a repartição sanitária com mais um elemento de defesa que a administração pública instalou, com onerosa contribuição do orçamento, o Hospital de S. Sebastião em local então pouco habitado. Relembro que durante o projeto, comprados terrenos e prédio, despesas avultadas de instalação e solene inauguração do aludido hospital, nenhuma reclamação e protesto chegou ao Governo. Mais tarde, porém, a companhia S. Lazaro, sitiando aquele local com terrenos adquiridos e grande pessoal necessário à exploração de sua indústria, e reconhecendo seus interesses prejudicados pela incomoda vizinhança do hospital, empenhou, no intuito de removê-lo, todos os recursos a seu alcance. A princípio urdindo uma triste campanha de difamação, constituindo-se pela imprensa arauto de inverdades comprometedoras de nossos créditos até no estrangeiro, ao mesmo tempo promovendo um abaixo assinado dos moradores vizinhos; depois sugerindo a idéia de aproveitamento do estabelecimento para asilo de viúvas de militares ou da infância desamparada, e hoje, por seu gerente, signatário do presente requerimento, propõe-se a alugar o prédio para a humanitária fundação de um instituto regenerador das mulheres vagabundas. Pondero apenas a V. Ex. que o Hospital de S. Sebastião custou ao Estado 632:263\$, quantia que com certeza não teria sido despendida, se fosse ele destinado a ser alugado à companhia S. Lazaro. Esta, que proponha-se a indenizar os cofres públicos de quantia hoje equivalente, que não me oporei à construção de outro hospital de isolamento que substitua aquele em local que não prejudique os interesses e prosperidade da companhia S. Lazaro. Entretanto, V.Ex. decidirá como melhor entender; sendo meu parecer que a presente petição deve ser indeferida. A S.Ex. o Sr. Ministro de Estado dos Negócios do Interior. – (Assinado) Bento Gonçalves Cruz”. (Apud FALCÃO, 1978, p.293).

Em 31 de março de 1892 o Ministro da Justiça e Negócios Interiores (interino), Inocêncio Serzedelo Correia, nomeou Carlos Seidl para a direção do hospital, a qual exerceu até 19 de outubro de 1929. E perante aquele cenário preocupante que fora imposto à instituição que dirigia, Carlos Seidl buscou em sua administração recuperar bom nome do hospital. Em seu estudo sobre o isolamento nosocomial, Carlos Seidl posicionando-se em defesa da instituição, assim referiu-se ao Hospital de São Sebastião:

“Apesar de não constituir ainda o hospital de S. Sebastião uma casa modelo para isolamento de doentes de febre amarela; e dando como possível ter havido talvez falhas administrativas, pode-se todavia garantir que jamais ele mereceu o desonroso

epíteto que lhe foi atirado e que infundadas eram inúmeras queixas contra ele formuladas, principalmente em requerimentos ao Governo, documentos cujo valor foi reduzido a proporções nulas, graças a informações acuradamente feitas pelos mais prestigiosos auxiliares da Inspetoria Geral de Higiene daquela época e nomeadamente pelos ilustrados colegas Drs. J. J. Torres Cotrim, hoje Diretor da Higiene Municipal, e Dr. Luiz da Silva Santos, hoje Vice-Diretor do Instituto Sanitário Federal”. (SEIDL, 1897, p.77-78)

João Baptista Lacerda, em seu trabalho “O micróbio patogênico da febre amarela”, apresentado à Academia Nacional de Medicina em 1893, considerou que os cemitérios e os hospitais de isolamento eram verdadeiros focos de propagação da febre amarela. Para Seidl bastava que fossem observadas as regras de higiene nosocomial, para que os hospitais de isolamento funcionassem em benefício da saúde da população. Além disso, rebateu Baptista Lacerda citando os fatos, a observação, e as estatísticas de hospitais de isolamento, como o Hospital de Santa Izabel e o Hospital de São Sebastião. Recorda que em 1892 foram notificados à Inspetoria de Higiene cerca de 4.312 casos de febre amarela, dos quais apenas 13 encontravam-se em áreas próximas ao Hospital. E em 1893, foram internados somente 19 doentes de febre amarela no Hospital de São Sebastião. E assim questionava “onde, portanto, a propagação causada pelo hospital?”²⁵

Por ocasião da revolta da Armada, em 1893, funcionou no Hospital de São Sebastião um posto médico militar, dirigido pelo próprio diretor da instituição, e auxiliado por Sebastião Cortes e Feliciano José de Almeida Junior. Este ano também foi palco de uma epidemia de febre amarela, quando o hospital chegou a receber mais de 100 doentes por dia.

Integravam o quadro de clínicos do Hospital de São Sebastião neste período os Drs. Miguel de Oliveira Couto, José Gomes Pereira, Godofredo Teixeira de Melo, Rodolfo Ramalho, e Lucas Antonio de Oliveira Catta Preta (vide Anexo 1).

Em 1897 foram realizadas as primeiras experiências do tratamento da febre amarela, com o soro preparado por Philippe Caldas, do Rio Grande do Sul, sob orientação de Eduardo Chapot Prévost, do Instituto Serumterápico do Estado de São Paulo.

Em alguns pontos a história do Hospital de São Sebastião e a do Instituto Soroterápico Federal se aproximam, pois aquela instituição hospitalar foi um espaço propício para a “intercessão entre as pesquisas biomédicas e as questões práticas colocadas pela clínica e pelas

²⁵ SEIDL, Carlos. *O isolamento Nosocomial: Memória apresentada á academia Nacional de Medicina como título de admissão*. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1897. p.89.

ações sanitárias” (BENCHIMOL, 1990, p. 205). Pesquisadores do quadro do Instituto Soroterápico Federal, como Figueiredo de Vasconcellos, Rocha Lima e Henrique Beaurepaire Rohan Aragão, lá estiveram para o serviço de necrópsias dos casos de doenças infecto-contagiosas, como febre amarela e peste, e outros doaram peças anatomopatológicas para o Museu do São Sebastião (AQUINO, 1945).

Em 1902 eram médicos do Hospital: Antonio Augusto Ferrari, João Pedro Leão de Aquino, Zeferino Justino da Silva Meirelles e José Lopes da Silva junior.

No período em que Oswaldo Gonçalves Cruz estava à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, entre 1903 e 1909, o Hospital de São Sebastião recebeu diversos e importantes melhoramentos: a canalização de água diretamente do Pedregulho para lá; construção de um depósito para abastecer o estabelecimento; adaptação de um edifício para instalação de um laboratório de microscopia e análises clínicas; construção de três pavilhões de madeira para serem enfermarias gerais, e de doze quartos particulares. O material hospitalar foi todo substituído por peças modernas vindas da Europa e dos E.U.A., e foi adquirido material para aplicações de eletricidade médica e balneoterapia moderna. Foi construído um edifício para operações cirúrgicas e fisioterapia, pintado os demais prédios, e erguida uma cerca divisória, dos terrenos do estabelecimento, de trilhos de aço e folhas de ferro galvanizado.

Na edição do jornal *O Paiz*²⁶, de 9 de novembro de 1909, a matéria sobre o Hospital de São Sebastião relatou que apesar das reformas feitas nos últimos anos, o estabelecimento só podia abrigar até 400 doentes, e que tal número era considerado insuficiente tendo em vista o grande número de internados nos momentos epidêmicos, como ocorrera com a epidemia de varíola, em 1908, quando lá foram internados 6.605 variolosos. Destacou também que forma inúmeros os trabalhos, os serviços e o número de atendimentos no Hospital de São Sebastião, como evidenciam as estatísticas (vide Anexos 2 e 3).

O Hospital de São Sebastião na sua criação estava subordinado ao Ministério do Império, com a República ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em 1897 à municipalidade, posteriormente foi transferido ao Governo Federal, subordinado ao Ministério da Justiça e depois ao Ministério da Educação, e atualmente é da esfera estadual.

²⁶ *Apud Hospital S. Sebastião. XXº Aniversário de sua fundação em 9 de Novembro de 1909. Homenagem aos Exmos. Snrs. Drs. Rocha Faria e Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1910. p.31.*

Corroborando as palavras do médico Fernando Seidl (1984), filho de Carlos Seidl, podemos dizer que o hospital de São Sebastião cumpriu sua missão de benemerência e assistencial, como também contribuiu para o desenvolvimento da ciência médica no Rio de Janeiro. Por lá passaram, estudando a febre amarela, em 1901, os Drs. Émile Marchoux, Alexandre Taurelli Salimbeni e Paul-Louis Simond, membros da Missão Pasteur, e em 1904 os Drs. M. Otto e Neumnan da Missão Alemã. Entre os expoentes brasileiros cabe destacar a atuação de Miguel Couto, médico e diretor (1895) da instituição, Antonio Fernandes Figueira, chefe da enfermagem de doenças infecciosas de crianças, o bacteriologista Francisco Fajardo e Eduardo Chapot Prévost dentre outros que tornaram aquele estabelecimento célebre.

Hoje 115 anos passados, a história desta memorável instituição, nos leva à pensarmos sua constituição atual e sua importância ainda para a nossa cidade.

Os diretores do Hospital de São Sebastião, até 1944 foram: João da Silva Ramos (de 9/11/1889 a 23/12/1889), Caetano de Faria Castro²⁷ (1890), Luiz Manoel Pinto Neto (23/12/1889 a 30/06/1891), Mauzilo Nabuco de Araújo (1891), Leite de Oliva (1891), Francisco de Paula Tavares (1891/1892), Carlos Seidl (1892 a 1912; 1919 a 1929), Miguel Couto (1895), Zeferino Meirelles (1912), João Pedro Leão de Aquino (1916), Garfield Perry de Almeida (1916 a 1919), Antonio Ferrari (1912 a 1916; 1929 a 1930), Synval Lins (1930 a 1939), Mazzini Bueno (1939), Alberto Renzo (1940), Antonio Luiz de Almeida Boaventura (1940 a 1944), José Messias do Carmo (1944).

3.3 - Carlos Seidl e o Hospital de São Sebastião

Trajetória de Carlos Pinto Seidl

²⁷Existem algumas discordâncias quanto aos diretores do Hospital, mas José Messias do Carmo (1984) afirma que entre a direção de João da Silva Ramos e a de Luiz Manoel Pinto Netto, o Hospital foi dirigido por Caetano de Faria Castro.

Carlos Pinto Seidl, nasceu em Belém do Pará, em 24 de novembro de 1867, e era filho de Carlos Seidl e de Raymunda Pinto Seidl. Aos dez anos de idade, ficou órfão de mãe, e seu pai depois da viuvez ordenou-se como sacerdote, foi reitor do Seminário de Belém do Pará, administrou a Cúria Episcopal e a Diocese, na ausência do Bispo D. Antonio de Macedo Costa.

Iniciou seus estudos de humanidades no seminário menor de Belém do Pará, no qual seu pai exercia a função de reitor. Aos 14 anos, por ter se distinguido nos estudos, recebeu um prêmio que o possibilitou concluir seus estudos na França. Em Paris cursou humanidades no Séminaire Saint-Sulpice, de 1882 a 1885, preparando-se para a vida sacerdotal. Em 1885 voltou para Belém do Pará onde concluiu seus estudos preparatórios. Em 1886 foi para a cidade do Rio de Janeiro, decidido a não mais seguir o apostolado de seu pai, e ingressou em 12 de março daquele ano na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Interrompeu o curso de medicina, no 3º ano, com a finalidade de acompanhar o pai, que estava doente, em uma viagem à Europa. De volta da viagem, retornou a Belém, onde casou-se com Julia Freire Seidl, e de lá retornou ao Rio de Janeiro para terminar o curso de medicina, e levou junto seu pai, devido à fragilidade de seu estado de saúde. Em 17 de fevereiro de 1888 foi nomeado interno da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, para trabalhar no serviço de cirurgia do Barão de Pedro Affonso. Em 1890, por intercessão de Lauro Sodré, foi nomeado amanuense da Inspeção Geral de Instrução Primária e Secundária da Capital Federal.

Concluiu o curso de medicina em 16 de janeiro de 1892, tendo sido orador de sua turma. Inocêncio Serzedello Correia, Ministro da Justiça Negócios Interiores (interino), presente na cerimônia de formatura, ficou impressionado com o discurso do jovem médico, e cogitou indicá-lo para dirigir o Hospital de São Sebastião, em substituição a Francisco de Paula Tavares, que falecera vítima da febre amarela. Carlos Seidl foi nomeado diretor da instituição em abril de 1892.

Em 28 de novembro de 1895, ao candidatar-se a membro titular da Academia Nacional de Medicina, apresentou o trabalho “Isolamento Nosocomial”, que foi muito apreciado por Agostinho José de Souza Lima, que era relator da Academia. Nesta corporação foi segundo secretário (1896-1897), vice-presidente (1910-1911), e presidente (1912-1913).

Com a demissão de Pacheco Leão, da direção da Saúde Pública, em janeiro de 1912, o Ministro da Justiça e Negócios Interiores propôs então ao Presidente da República, Marechal Hermes da Fonseca, o nome de Carlos Seidl para ocupar aquele cargo. Concordando com tal indicação o ministro prontamente lhe enviou uma carta convidando-o a comparecer em seu gabinete, e em 12 de janeiro de 1912 Carlos Seidl assumiu a direção da Diretoria Geral da Saúde Pública. Neste cargo procurou chamar a atenção do governo para as deficiências sanitárias e para as condições da saúde pública no país, através de matérias publicadas em periódicos e revistas.

Em 1918, devido à pandemia de Gripe Espanhola, foi alvo de uma propaganda espalhada por uma imprensa mal intencionada, que o acusava como sendo responsável pela calamidade. O Presidente da República, para evitar conflitos com a imprensa, resolveu então demiti-lo do cargo de Diretor Geral de Saúde Pública. Carlos Seidl defendeu-se das acusações feitas, através da imprensa, mostrando a inevitabilidade daquele fato epidêmico.

Era afeito à aproximação com a nação francesa, e neste sentido empenhou-se ao longo da vida, o que valeu-lhe o recebimento da comenda de oficial da Legion d Honneur, em 23 de julho de 1925, pelas mãos de Émile Marchoux, seu amigo. Foi agraciado com a comenda da Coroa da Itália, em 1917. Pertenceu a diversas sociedades científicas estrangeiras e nacionais como a Sociétè d'Hygiène, de Paris, Associação Internacional contra a Tuberculose, a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina Legal do Rio de Janeiro. Foi o primeiro presidente organizador do Sindicato Médico Brasileiro, em 1928.

Acompanhou de perto várias pesquisas sobre a febre amarela, tendo travado uma grande discussão com Domingos José Freire Junior em relação à vacina, e acompanhado os estudos de Giuseppe Sanarelli, entre 1896 e 1897, as pesquisas da Missão Pasteur e da Missão Alemã. Foi também um colaborador da Revista da Faculdade de Direito, tendo publicado, em 1899 neste periódico, sua lição inaugural, e em 1918 um texto sobre eutanásia.

Após o falecimento de sua esposa Julia, em 12 de agosto de 1929, Carlos Seidl ficou com a saúde abalada, e veio a falecer em 18 de outubro daquele ano.

Gestão de Carlos Seidl no Hospital de São Sebastião

Ao analisar a história do Hospital de São Sebastião, destaca-se a gestão de Carlos Pinto Seidl, que foi um dos diretores que ocupou por mais tempo o cargo, tendo dirigido o estabelecimento em dois períodos, de 1892 a 1912, e de 1919 a 1929.

A administração de Carlos Seidl, além de ser a mais longa, foi uma das que mais procurou lutar pelo bom nome do estabelecimento, tanto com relação à imprensa quanto na solicitação necessárias de melhoramentos para esta instituição. Através de seus primeiros relatórios percebemos seu empenho em aperfeiçoar o estabelecimento, através da solicitação de um laboratório, forno incinerador, estufa locomóvel e da construção de um novo necrotério. Fez modificações nos pavilhões para que estes pudessem servir de maternidade e enfermaria.

Ainda no primeiro ano de sua gestão convidou o corpo consular e membros das colônias estrangeiras para visitarem o hospital, com a finalidade de desfazer a má impressão que o hospital tinha no estrangeiro, outro tipo de medida com a mesma finalidade foi a representação do hospital na Exposição Colombiana, em Chicago (1892).

Carlos Seidl neste primeiro período teve como prioridade dar ao hospital meios para desempenhar suas funções. Foi auxiliado pelo engenheiro Henrique da Fonseca, do Ministério do Interior, tendo edificado em 1894 uma enfermaria para pacientes particulares, no terreno conseguido da companhia São Lazaro. A obtenção deste terreno mostrou uma vitória do diretor, visto que tal companhia havia denegrado há tempos o nome do hospital.

José Messias do Carmo (1944) cita que o ano de 1894 foi importante para o Hospital de São Sebastião devido à instalação de um posto médico com a finalidade de atender os feridos da revolta da Armada, em setembro de 1893, Podemos destacar também o intercâmbio que o hospital manteve com a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, encaminhando para sua proteção as crianças órfãs, cujos pais e tutores, muitos dos quais estiveram internados no hospital e haviam falecido durante as epidemias.

Com todas essas medidas podemos dizer que o hospital, nesse período, havia recuperado sua boa reputação, atraindo o interesse de cientistas estrangeiros como Joseph Klimesch, Hohenberg e Thalen.

Sobre o corpo clínico do Hospital de São Sebastião destacamos a presença de: Miguel de Oliveira Couto, José Gomes Pereira, Godofredo Teixeira de Melo, Rodolfo Ramalho e Lucas Antonio de Oliveira Catta Preta.

Em 1897 o hospital recebeu a visita de Giuseppe Sanarelli, sobre a qual assim referiu-se Carlos Seidl:

“ A vinda espontânea do Prof .J Sanarelli a esta Capital, com o intuito de estudar a questão da febre amarela...a permanência por algum tempo de tão considerado homem de ciência neste hospital ... foi um acontecimento importante”.
(CARMO, 1944, p.99)

Podemos citar como outro acontecimento importante nesse ano o Governo Federal, em 27 de fevereiro de 1897, ter passado o domínio e propriedade do Hospital de São Sebastião para a Diretoria de Higiene e Assistência Pública. O diretor Carlos Seidl informou a esta Diretoria os problemas decorrentes do fato de abrigarem internos de febre amarela e variolosos em um mesmo nosocômio.

Neste período foi de grande importância a colaboração de Joaquim Quintanilha Neto Machado, que possuía a função de auxiliar de serviços clínicos, conforme demonstrou seu relatório sobre varíola, no qual descrevia as experiências da 6ª, 10ª, e 12ª enfermarias, e condenava a situação da 6ª enfermaria. Neste sentido afirmava que aquele conjunto nosocomial atentava contra a higiene hospitalar.

O hospital no entanto não possuía um corpo clínico próprio, fazendo com que nos momentos de epidemia houvesse a necessidade da vinda de médicos de outros hospitais. A composição de um corpo clínico próprio só ocorreu em 1900, e este era composto por: Antonio Augusto Ferrari, João Pedro Leão de Aquino, Zeferino Justino da Silva Meireles e José Lopes da Silva Junior, vindo depois Antonio Fernandes Figueira para compor o grupo.

José Messias do Carmo (1944), ainda referindo-se à gestão de Carlos Seidl à frente do Hospital de São Sebastião, afirmou:

“Oswaldo Cruz, no auge de sua campanha memorável tinha no hospital de São Sebastião o escudo de sua obra . Logo nos primeiros meses mandou o saudoso sábio instalar uma enfermaria modelo para amarílicos, dotada de todos os recursos modernos e de acordo com as doutrinas havanasas. Encomendou na Europa câmaras tipo Dr.Marchoux, à prova de mosquitos, que o Dr Seidl fez montar nas enfermarias. Foram construídos quartos particulares obedecendo à mesma técnica. O corpo clinico, por unanimidade preconizava a telagem geral de portas e janelas, e essa medida, logo executada pelo direto, trouxe imediatas vantagens para a higiene nosocomial, impedindo o acesso de moscas e mosquitos, o que

refletiu de forma lisonjeira pela diminuição das infecções cruzadas, principalmente entre variolosos.” (CARMO, 1944, p.101)

Outro fato de destaque foi a vinda da Missão Pasteur (1901-1905) e da Missão Alemã (1904).

A Missão Pasteur chegou ao Rio de Janeiro, em 1901, para realizar pesquisas sobre a natureza do agente da febre amarela, de seu meio de transmissão usual, e sobre a prevenção e cura da doença. Integravam a Missão Pasteur os médicos Paul-Louis Simond (1858-1947), Alexandre Taurelli Salimbeni (1864-1942) e Émile Marchoux (1862-1943) experientes bacteriologistas europeus. Ao se estabelecerem no Rio de Janeiro, solicitaram um laboratório moderno (Fig.9), e instalaram-se numa sala alocada ao lado do Hospital de São Sebastião, como relata João Pedro Leão de Aquino, cirurgião nesta instituição:

“Ao meio-dia dirigimos para o laboratório, pequena sala em forma de corredor situada em um edifício anexo, ao lado direito do hospital, e cujo acesso se fazia atravessando um passadiço partindo da farmácia. Esperamos na mesa 10 minutos. No fim deste tempo surgem alegres, vindos do laboratório instalado especialmente para eles os membros da Missão Pasteur, que vieram ao Brasil estudar febre amarela. Eram os Drs Emílio Marchoux, Salimbeni e Simond. O primeiro, homem de 30 e poucos anos, extremamente simpático e expansivo, usando cabelo cortado à escovinha, bastos bigodes e cavaignac. Falava rápido e tinha gestos desembaraçados. Salimbeni, italiano, muito moço, um pouco curvado, olhos claros, cabelos e barbas compridos e loiros, lembrava um capuchinho metido numa blusa de médico. O chefe da Missão Dr. P. Simond, cheio de corpo, baixo, usando também bastos bigodes e cavaignac pretos, fazia lembrar Napoleão III de França. Era circunspecto, um pouco reservado e solene de atitudes. Após as apresentações, deu-se início ao almoço, ou mais propriamente ao banquete, o qual decorreu no meio de expansiva alegria, e ditos de espírito esfuziavam continuamente na pequena sala. O cardápio era rigorosamente à francesa, não faltando a clássica Champagne de Reims, por ter sido dia de aniversário de um dos Membros da Missão, lembrado gentilmente pelo Dr. Carlos Seidl. Apesar de ter sido aprovado com distinção em francês, no curso de meus preparatórios, de ter bastante experiência na leitura daquela língua, com bastante dificuldade compreendia e respondia aos meus interlocutores no momento. O diretor, educado na Europa, falava corretamente como um parisiense, e Ferrari com bastante desembaraço. O Dr. Seidl, por ordem superior, havia contratado um cozinheiro especial para a Missão, apesar da refeição comum da casa ser boa. O diretor do hospital, conhecedor da cozinha francesa é quem determinava de véspera o cardápio, inclusive a marca de vinho a ser usado. Terminado o almoço fomos visitar o Laboratório da Missão Pasteur, instalado dentro do hospital, em edifício de alvenaria, isolado, de dois andares, situado na parte média do morro. O Dr. Emílio Marchoux, tudo mostrou com extrema gentileza e paciência, explicando o funcionamento dos diversos aparelhos, levando ao microscópio preparados de anatomia patológica, peças anatômicas, etc, inclusive diversos mosquitos e animais de laboratórios, como cobaias, coelhos, e macacos. Caráter franco, dizia com extrema delicadeza o que pensava dos nossos homens e coisas. Era evidente um grande entusiasta do

nosso país, e já havia começado a estudar a língua portuguesa, que procurava falar, e já lia corretamente nossos jornais e revistas. Perguntou-me ao sair do laboratório, se eu gostava de bacteriologia, e que especialidade fazia. Disse-lhe que me ocupava principalmente com cirurgia e clínica médica, lecionando também Ciências Naturais, no externato Aquino, e mantinha um curso livre na Faculdade de Medicina, onde ensinava Anatomia Descritiva e Topográfica além de auxiliar Dr. Pais Leme, no seu curso oficial de Anatomia Médico-Cirúrgica.” (AQUINO, 1945, p. 393-394)

Para equipar o referido laboratório, Émile Marchoux encomendou em Paris um microscópio marca “Stiassnic”.

Neste relato encontramos alguns detalhes sobre a Missão Pasteur, como as características físicas dos membros, a recepção no hospital e referências ao laboratório instalado para que aqueles estrangeiros dirigissem e pesquisassem as doenças tropicais.

Émile Marchoux, um dos membros da Missão, percebendo o interesse de Pedro Leão de Aquino e de Antonio Ferrari, membros do quadro médico da instituição, pela bacteriologia, proferiu um curso completo desta matéria, semelhante ao realizado no Instituto Pasteur, em Paris. O curso era gratuito, e as aulas teóricas e práticas iniciaram-se em fevereiro de 1903. Participaram do curso o diretor Carlos Seild, e os médicos Antonio Ferrari, Zeferino de Meirelles e Pedro Leão de Aquino. Os demais membros da Missão Pasteur também lecionaram no curso, o qual logo ficou conhecido nos meios médicos do Rio de Janeiro.

Em 1904 com a epidemia de varíola, o hospital teve que se preparar, emergencialmente, para receber os doentes. Como a falta de água era grande foi feita uma canalização do reservatório de pedregulho, distante 2500m, e foram adotadas outras medidas como o aluguel de casas para os convalescentes e a armação de barracas de lona sobre estrados de madeira.

Em 1905 o hospital se encontrava melhor aparelhado, e com isso houve a possibilidade de abrigar e cuidar dos enfermos vítimas de um surto de peste naquela capital.

Segundo José Messias do Carmo essa fase foi próspera tendo em vista a proximidade entre o hospital e o Instituto Soroterápico Federal, depois referido como Instituto de Manguinhos, o que permitiu uma estreita cooperação entre as duas instituições. Nesta fase vale destacar a presença de duas personalidades importantes, os Drs. Henrique da Rocha Lima e Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão, que além de fazerem necrópsias nos variolosos, acompanharam os doentes de peste e disenteria, e realizaram exames bacteriológicos.

Em 1906 foi registrado o primeiro caso de meningite bacteriológica. Neste mesmo ano Carlos Seidl viajou para a Europa, e o Dr. Antonio Ferrari assumiu a direção do hospital.

Um novo surto de varíola ocorreu em 1908, e neste contexto podemos destacar os trabalhos de Zeferino Meireles, médico do Hospital de São Sebastião, sobre variolosos.

Com o regresso ao país, Carlos Seidl deparou-se com a epidemia de varíola. Oswaldo Cruz, mantendo uma promessa feita ao diretor, mandou construir três pavilhões modernos, de 100 leitos cada e 12 quartos particulares, salas de operação e serviço de eletricidade médica. O engenheiro Luiz de Moraes Filho elaborou um projeto de lavanderia, desinfetório e rouparia para o hospital.

Em 1909 o corpo clínico do Hospital de São Sebastião recebeu o reforço dos médicos Garfield Augusto Perry de Almeida e Antonio Pires Salgado.

Em 1912 assumiu a direção do Hospital o Dr. Antonio Ferrari, pois Carlos Seidl ocupava o cargo de diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, posto que ocupou até 1918, quando voltou novamente a dirigir o hospital (1919). Seu retorno à instituição foi de forma tímida, devido ao desgosto com a Diretoria de Saúde Pública, devido a uma campanha que o responsabilizara pela gravidade da epidemia de Gripe Espanhola.

Carlos Seidl permaneceu como diretor do estabelecimento até 1929, ano de seu falecimento, e ao longo de toda sua gestão sempre foi incansável na luta para prover o estabelecimento de meios materiais com a finalidade de melhoras as condições dos enfermos, sendo incansável nas suas reivindicações e também na luta para manter o bom nome do hospital.

3.4 - A Arquitetura do Hospital de São Sebastião

O Hospital de São Sebastião, como já foi dito anteriormente, foi inaugurado em 9 de novembro de 1889, e aparentava estar dividido em quatro planos sobre os quais se encontravam os diferentes edifícios que compunham todo o complexo. Existiam 20 edifícios, incluindo todas as 10 enfermarias e as diferentes seções pertencentes à administração (Figs.10 e 11).

Foi construído nos terrenos de uma vasta chácara na Praia do Retiro Saudoso nº 27 (Fig.4), abundantemente arborizado com mangueiras, eucaliptos e árvores indígenas. No centro do terreno situava-se o prédio principal, de alvenaria, com dois lances laterais salientes, portando, na frente, quatro janelas de sacada com grades de ferro, e dispendo de acesso a um pátio ladrilhado com gradil na frente, e de uma escada de mármore voltada para o jardim (Fig.5). Suas dependências e instalações foram projetadas e realizadas pelo engenheiro sanitário Eugenio de Andrade, e estavam plenamente de acordo com os preceitos higiênicos da época.

Por ocasião de sua inauguração, comportava 240 leitos²⁸ distribuídos por entre as enfermarias gerais, inexistindo acomodações especiais para doentes mais abastados. Este número este que era aumentado por ocasião das grandes crises epidêmicas (Fig.8).

Apenas duas enfermarias, as denominadas “enfermarias de 1ª classe”, dispunham de leitos mais confortáveis e melhor tratamento, mediante o pagamento de 3\$ diários. Plácido Barbosa, em sua obra “Os Serviços de Saúde Pública no Brasil (1808 – 1907). Esboço histórico”, descreveu as instalações do Hospital de São Sebastião, em 1907:

“1º. Edifício central, onde estão instaladas a diretoria, a secretaria, a biblioteca, a farmácia, a sala de operações, a rouparia do serviço interno, arquivo e uma antiga capela, consagrada ao Padroeiro do hospital.

2º. Edifício dos refeitórios dos empregados superiores e subalternos.

3º. Idem do almoxarifado.

4º. Idem das máquinas, onde encontra-se uma grande estufa Geneste & Herscher e a instalação da lavanderia a vapor, dispendo de um motor de oito cavalos.

5º. Idem, com superfície de 8m.60X6m servindo de depósito da roupa dos doentes e arrecadação de utensílios.

6º. Edifício, necrotério.

7º. Idem, cocheira e carros, área de 5m.80X8m.80.

8º. Idem, pequeno pavilhão da portaria (construção de madeira).

9º. Residência dos internos, edifício com seis compartimentos.

²⁸ Existem discordâncias entre os autores com relação à lotação das enfermarias, pois alguns indicam outros quantitativos, como 300 leitos.

10°. Idem, enfermaria de 1ª classe, com seis quartos separados e nove leitos, podendo ser elevado a 10 leitos.

11°. Idem, primeiro grande pavilhão (atual 1ª enfermaria) de assoalho sistema Lefort, sem forro, hoje modificado pela instalação dos quartos de tela de arame «Chambre Marchoux» destinados a isolar os doentes de febre amarela nos quatro primeiros dias da moléstia. Nesse pavilhão existem 14 quartos de tela de arame, dispostos em duas filas, encerrando cada um apenas um leito e uma mesa de cabeceira e protegidos de porta dupla. Os quartos de tela tem as seguintes dimensões: largura 2m.50, comprimento 3m.25.

12°. Edifício, 2º grande pavilhão (atual 2ª enfermaria) nas mesmas condições, com as mesmas modificações do anterior e da mesma dimensão.

13°. Idem, duas barracas de papelão, vindas da Alemanha, sistema «Cristoph Unmack».

14°. Idem, 3º pavilhão, sistema «Moabit» (atual 3ª enfermaria), suas dimensões são: comprimento 24m.85, largura 11m.60, altura 5m.00 dispondo de 25 leitos e todo rodeado de uma varanda de 2m.50 de largura, cubagem 980m.

15°. Idem, pequeno pavilhão (atual 4ª enfermaria), as dimensões são: comprimento 26 metros, largura 6m.10, dispondo de 24 leitos, cubagem 527 metros.

17°. Idem, grande barracão de madeira (atual 5ª enfermaria), dimensões: comprimento 34m.90, largura 7m.15, sem forro, dispondo de 36 leitos.

18°. Idem, chalet com um sobrado, onde instalaram-se os laboratórios da «Missão Pasteur», que esteve verificando os estudos de Havana, de setembro de 1902 a maio de 1905, sobre a etiologia e profilaxia da febre amarela. Atualmente acha-se instalado aí o laboratório de microscopia e o museu anatomo-patológico, ocupando duas salas do pavimento térreo.” (Apud FALCÃO, 1978, p.291-292).

Foram instalados, em alguns pavilhões, um tipo de abrigo de arame fino, que impedia a entrada e saída de mosquitos, aonde permaneciam os doentes no período inicial da infecção, sendo removidos depois para as enfermarias. Essas gaiolas (AQUINO,1945) foram batizadas por Carlos Seidl como “Chambre Marchoux”, nome de seu idealizador (Fig.13).

Das enfermarias citadas, cinco estavam estabelecidas em pavilhões (Fig. 7), sistema Le Fort (Fig.6) e Moabit, e as outras achavam-se instaladas no grande edifício central, que havia sido aproveitado da grande chácara adquirida pelo Governo Imperial.

Segundo Carlos Seidl (1897), um de seus primeiros diretores, o Hospital apresentava em termos de procedimentos de desinfecção, os mesmos que eram adotados em instituições hospitalares em outros países, tanto no se refere às orientações teóricas quanto às experiências realizadas. O hospital possuía duas grandes estufas de desinfecção a vapor d'água sob pressão (Geneste e Hercher) e quatro pulverizadores a ar comprimido.

As visitas e o serviço de enfermeiros e auxiliares, compreendidas por Seidl²⁹ como relações externas do Hospital, foram definidas de acordo com as medidas praticadas em outros países, na França, Inglaterra e Alemanha, e noticiadas em publicações que circulavam no país.

A remoção dos doentes era feita por mar, por uma ponte de desembarque e uma pequena linha férrea que conduzia ao portão principal, ou por terra nos temidos bondes amarelos, inteiramente fechados, que recolhiam sua triste carga no largo do Matadouro (atual Praça da Bandeira).

Ao descrever as características da arquitetura do Hospital de São Sebastião é interessante analisá-las comparativamente a outros hospitais fundados na mesma época, como o Hospital Eppendorf (Hamburgo, Alemanha), inaugurado em 1º de março de 1889. Guenter Risse (1999), em seu estudo sobre os hospitais, inova ao mostrar que uma reconstrução completa da história dos hospitais, desde a época em que eram apenas casas de caridade até o momento em que tornaram-se espaços de pesquisa biomédica, reduz enormemente a diversidade de hospitais. Para Risse, cada hospital pertence a um dado momento histórico, a uma localização geográfica e apresenta um papel distinto no momento de sua criação, tendo em vista seu patrono e a comunidade para a qual se destinava. Risse analisa a criação do Hospital Eppendorf, inserindo-o no contexto da epidemia de cólera, e fundamenta seu argumento sobre o papel social assumido pelas instituições hospitalares. Estuda alguns hospitais específicos tendo como ponto de partida a percepção social de cuidado com a saúde e de seu papel político e social numa dada e determinada sociedade.

Jaime Benchimol (1990) ao tratar dos paradigmas da arquitetura hospitalar no início do século XX, destaca os projetos hospitalares do engenheiro Luiz de Moraes Junior, os quais representaram a ligação entre dois modelos de arquitetura hospitalar. Em seus primeiros projetos Luiz de Moraes Junior agregou, às antigas regras da arquitetura pavilhonar, do final séc.XVIII, o conhecimento e a tecnologia médica decorrente da chamada revolução pasteuriana. Seus projetos apresentavam nas fachadas e volumes alguns elementos de apuro estético, vigentes na época, e toda uma preocupação com o caráter funcional dos espaços, de forma a impedir o contágio e promover a cura de seus internos. Seus últimos projetos hospitalares, elaborados após 1930, quando apresentavam-se outras noções sobre o contágio das

²⁹ SEIDL, Carlos. *O isolamento Nosocomial: Memória apresentada á academia Nacional de Medicina como título de admissão*. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1897. p.74.

doenças infecciosas, e uma complexidade das práticas e tecnologias médicas, caracterizam-se por outros parâmetros arquitetônicos, incorporando os padrões de construção de um novo modelo então desenvolvido nos E.U.A., no qual buscava-se a racionalização das funções e dos custos por meio da verticalidade. Tratava-se dos modelos precursores das construções verticais, do hospital monobloco, no qual os pavilhões se sobrepunham dando origem a níveis.

Interessante lembrar que Luiz de Moraes Junior foi responsável por algumas das reformas do Hospital de São Sebastião, realizadas em 1903 e 1908. Neste último ano, face ao recrudescimento da varíola, coube ao engenheiro a tarefa de construir três pavilhões provisórios de madeira, para abrigar 300 pacientes. Nesta época construiu lá, também, quartos particulares, para pacientes com recursos, e um pequeno edifício com sala de cirurgia e curativos, e equipamentos para os serviços de eletroterapia, fitoterapia e mecanoterapia, o qual mais tarde foi conhecido como Pavilhão Oswaldo Cruz. Em 1908, Luiz de Moraes Junior foi chamado para participar das obras de adequação da antiga fábrica de louças, em Engenho de Dentro, adquirida pelo Hospital para ampliar os espaços para o isolamento de doentes.

Para Carlos Seidl não era mais necessário a construção de hospitais como grandes templos, grandes monumentos arquitetônicos de pedra e cal, com vários andares. Destacou as vantagens do que denominou sistema moderno das construções hospitalares:

“Quer o isolamento nosocomial se tenha de fazer em pavilhões anexos aos hospitais gerais, quer em hospitais especiais, basta imitar as boas normas seguidas em tais construções, com grandes vantagens, pelos países da Europa e da América, que têm sabido acompanhar o progresso. Se há entre nós moléstias, cujos casos podem ser apenas separados em salas ou enfermarias especiais nos hospitais gerais, outros há, para os quais é indispensável termos hospitais especiais. Neste grupo estarão a nosso ver: a febre amarela, a varíola, o cólera, a tuberculose, a difteria, o sarampão, a escarlatina; no primeiro grupo poderão figurar a febre tifóide, a disenteria, a oftalmia granular purulenta, a bronco-pneumonia infectuosa, a erisipela etc. Construídos que sejam hospitais especiais de isolamento para as moléstias apontadas, não se faz mister dotá-los de proporções colossais. Para suprir a falta de enfermarias, há o recurso poderoso, prático e econômico das barracas e tendas, às quais o nosso clima se presta admiravelmente.”
(SEIDL, 1897, p.96)

Seidl, em suas afirmações, apoia-se na obra “*Precis d’Hygiène appliquée*” do higienista E. Richard, publicada em 1891, na qual o autor indicava a construção de plataformas de cimento ou asfalto, preparadas de antemão, onde poderiam ser instaladas tendas ou barracas, na época em que o hospital fosse insuficiente, e dispensava a construção de grandes hospitais.

É importante destacar que na arquitetura do Hospital de São Sebastião também encontravam-se combinados dois sistemas arquitetônicos vigentes, e para compreender esta dupla influência devemos analisar sob qual paradigma, ou paradigmas, da arquitetura hospitalar foi construído. O Hospital de São Sebastião, considerado na época como a última palavra em higiene hospitalar, nos deparamos, então, com elementos da arquitetura pavilhonar e dos hospitais-barracas. Conforme citamos anteriormente, naquele estabelecimento, em 1907, encontravam-se duas barracas de papelão, no sistema Christoph Unmack, de origem alemã, e também um barracão de madeira, a 5ª enfermaria com capacidade para 36 leitos.

O Hospital obedecia as regras da arquitetura pavilhonar, que fundamentalmente atendia às demandas do saber e da tecnologia médica, oriundas da revolução pasteuriana. Essa arquitetura combinava o apuro estético, predominante na época na distribuição dos volumes e fachadas, com a mais rigorosa funcionalidade na distribuição interna dos espaços, estruturados de modo a funcionarem como dispositivos neutralizadores do contágio e propiciadores da cura.

As construções hospitalares foram objeto de polêmica e questionamentos, entre os anos de 1870 e 1880, principalmente no que se referia as suas características arquitetônicas e a seu funcionamento. Muitos higienistas, inclusive brasileiros, passaram a optar pela adoção do sistema de hospitais-barracas, edificações de madeira e destinadas a um uso temporário. O cirurgião francês Léon Le Fort, (1829-1893) foi um dos principais defensores desse sistema, pois entendia que os edifícios fixos e permanentes, e os materiais empregados em sua construção, constituíam os principais inimigos da higiene hospitalar.

Jaime Benchimol (1990) destaca que muitos hospitais-barracas foram sendo construídos em cidades européias, e que esta opção devia-se ao fato de que este sistema fundamentava-se em um conceito de contágio distinto ao vigente por ocasião do projeto pavilhonar de Jacques-René Tenon, referido no capítulo anterior, e presente em tratados de higiene das primeiras décadas do séc. XIX. Nas observações médicas pautavam-se outros elementos desencadeadores de insalubridade, e não somente o confinamento do ar, as concentrações de gás

carbônico e os miasmas. Importavam também a presença de germes meffíticos³⁰, que seriam substâncias orgânicas que poderiam ser veiculadas pelo ar e assim contaminar os ambientes hospitalares.

Muitos postulados da higiene hospitalar foram derrubados, entre os anos de 1870 e 1880, pelas teorias bacterianas e pelo novo paradigma estabelecido a partir das descobertas de Louis Pasteur (1822-1895). Pasteur, em seus estudos, a partir da constatação da existência de microorganismos, demonstrou também que microorganismos, os micróbios, podiam ser os agentes causadores das doenças. Os micróbios podiam ser difundidos pelo ar atmosférico, e também pelas mãos dos próprios médicos. Desta forma, estabelecia-se postulados não somente sobre a causalidade das doenças, como também sobre a higiene médica, introduzindo a preocupação com a assepsia e a desinfecção.

A nova concepção de contágio, trazida pela microbiologia, fundamentada na idéia da propagação de organismos singulares, na realidade não derrubou por completo os preceitos que preconizavam a salubridade hospitalar por meio de uma determinada estrutura arquitetônica, uma melhor ventilação e organização do espaço, presentes no projeto pavilhonar. As regras arquitetônicas, que haviam sido estabelecidas com a concepção de pavilhões isolados, forma mantidas, e a estas foram acrescentadas outras que alcançariam um grau maior de esterilização do ambiente hospitalar. Entre as medidas adotadas para restringir as possibilidades de contágio, também estavam regras referentes às características arquitetônicas: a definição de que não deviam apresentar saliências que pudessem favoráveis à acumulação de poeira, a adoção de materiais de revestimento que fossem periódica e facilmente lavados com soluções anti-sépticas. O mobiliário e os trajes do corpo hospitalar também seriam padronizados para atender às normas de assepsia.

Obedecendo aos critérios de implantação ditados pela higiene, o Hospital de São Sebastião foi edificado numa região periférica à área urbana, a aproximadamente seis quilômetros da cidade. O Hospital de São Sebastião foi sendo construído seguindo os parâmetros do modelo pavilhonar, segundo o qual os prédios não deveriam ser estabelecidos próximos uns dos outros, para não favorecer o contágio.

³⁰ BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ UFRJ, 1990. p.195.

Ao longo dos anos foram feitos vários acréscimos no Hospital de São Sebastião, como novas enfermarias, para adequá-lo para atender as necessidades epidêmicas que se apresentavam. A epidemia de varíola, de 1891, por exemplo, determinou a construção de dois barracões de madeira. Em 1893 foi inaugurado um forno de incineração de lixo, uma melhoria há muito reclamada por Carlos Seidl, então diretor do Hospital, como o próprio descreve em seu relatório apresentado ao Diretor Sanitário:

“Foi no seu decurso [1893] que, este hospital obteve as vantagens de melhoramentos, dos quais alguns de transcendente importância prática, tais como a construção do forno de incineração, a terminação da enfermaria de convalescentes (sistema Moabit) com as modificações propostas por mim e da casa para os empregados residentes no hospital. (...) Nenhum melhoramento todavia se torna mais digno de ser salientado qual o que resultou da construção do forno incineratório (sistema Gierth & Lavagnino). A inauguração do referido forno foi feita solenemente no dia 20 de maio e na presença do Exm.Sr. Marechal Vice-Presidente da República, tendo sido também esse fato honrado com o comparecimento vosso, todas as principais autoridades sanitárias desta capital, de grande número de médicos, engenheiros e pessoas gradadas. Os benefícios resultados oriundos deste melhoramento têm inúmeros e tais quais houvera previsto, desde que a 20 de abril de [1891] e em outras datas posteriores reclamei-o insistentemente.” (SEIDL, 1895, p. 119-120)

A febre amarela que, em 1894, foi de forte impacto, determinou a construção de mais um pavilhão de madeira. Posteriormente, buscando adequar-se ao aumento de demanda de mais espaços para o isolamento de doentes, principalmente habitantes dos subúrbios da cidade, foram adquiridos outros prédios como o da fábrica de louças, na rua Maria Flora nº 17, em Engenho de Dentro, comprado em 1908.

Observamos portanto que apesar de ter sido construído sob o paradigma do modelo pavilhonar, o Hospital de São Sebastião possuía, também, pavilhões de madeira que eram destruídos tão logo se detectasse a infecção.

Recorrendo à análise de fotos de seus pavilhões, podemos perceber, ainda, outras características do Hospital de São Sebastião. Este apresentava uma arquitetura eclética, ao utilizar vários estilos em uma mesma construção. O Hospital possuía uma cultura arquitetônica própria da época, na qual privilegiava-se o conforto e a melhoria das condições de vida de uma burguesia, que amava o progresso, amava as novidades, mas compreendia a produção artística e arquitetônica em termos de moda e gosto. Devemos lembrar que a produção industrial, que explodira na metade do séc. XIX, havia imposto impiedosas leis econômicas também ao canteiro de obras, subvertendo a tradicional

relação entre utilidade e beleza, com a imposição de elementos construtivos metálicos completamente estranhos às formas e às proporções características dos estilos das ordens arquitetônicas.

A superação da arquitetura colonial foi conseqüência de uma luta persistente, no plano das idéias e da política, contra a permanência das tradições luso-mouriscas de produção e uso das moradias, e do espaço urbano, na qual os engenheiros contaram com a participação dos médicos. Todos os elementos que tornavam a arquitetura residencial e hospitalar impermeável ao exterior passaram a ser atacados, uma vez que favoreciam a condensação dos miasmas, aos quais a medicina atribuía a propagação das doenças infecciosas.

Observamos ainda entre as características arquitetônicas do Hospital de São Sebastião a utilização de estruturas ao estilo chalet. O estilo chalet, considerado um exemplar de arquitetura em estilo romântico, se encontrava bastante presente no Rio de Janeiro, nas últimas décadas do século XIX, especialmente em quiosques e residências. O estilo chalet expressa o papel desempenhado pelo gosto pitoresco e das novidades, no processo de assimilação das inovações técnicas e de introdução de materiais construtivos e decorativos de produção seriada na arquitetura tradicional brasileira. Apresentava suas empinas voltadas para rua, no sentido oposto ao da tradição luso-brasileira, dispunha de lambrequins de madeira recortados à serra de fita, tímpanos estucados à Renascença, e janelas em arco ou verga reta guarnecidas de cantaria e arrematadas por ornatos de estuque.

Os pavilhões do Hospital de São Sebastião eram construídos com uma estrutura acima do nível do solo, protegendo a estrutura de madeira dos danos das chuvas. O modelo chalet adequava-se aos preceitos de higiene da época, como a importância atribuída à circulação do ar, dispondo suas janelas de forma a permitir um sistema de ventilação cruzada, que possibilitava a renovação do ar no interior dos pavilhões e uma circulação uniforme de ar. Além disso, este tipo de estrutura permitia também uma rápida destruição desses pavilhões, caso fosse detectado um foco infeccioso, tendo em vista os materiais utilizados na sua construção.

Um dos prédios no estilo chalet, construído nas dependências do Hospital de São Sebastião, foi inicialmente ocupado pelas enfermeiras da Escola Anna Neri, e posteriormente abrigou o laboratório e os membros da Missão Pasteur (Fig.9). Em seu andar térreo haviam dois quartos que foram utilizados como aposentos dos membros da Missão Pasteur, e lá também foi instalado o depósito do material

científico da Missão e a moradia do servente do laboratório. E no andar superior foi instalado o laboratório para a realização das pesquisas dos membros da Missão.

Curiosamente as construções no estilo chalet desapareceram da cidade do Rio de Janeiro, justamente no momento em que esta passou por uma grande reforma, na primeira década do séc. XX, caracterizada fortemente por um esforço de higienização e embelezamento dos espaços públicos, de acordo com o modelo haussmaniano, que Georges Eugène Haussmann, Barão de Haussmann havia empreendido em Paris.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente percebemos, através da reconstituição da fundação e da análise da trajetória do Hospital de São Sebastião, acompanhar o processo de estruturação dos aparelhos institucionais da saúde pública no Rio de Janeiro, no final do séc XIX e início do século XX. Neste processo estavam inseridas as instituições hospitalares, e mais especificamente o Hospital de São Sebastião.

A análise do quadro das principais teorias vigentes, naquele período, sobre a causalidade das doenças, especialmente em relação à febre amarela, nos fez perceber que havia uma debate travada no meio médico em relação aos agentes causadores das enfermidades, especialmente em relação à causalidade da febre amarela. Exemplifica bem este debate, o trabalho de Domingos José Freire Junior,

intitulado “Recueils des travaux chimiques suivis de recherches sur la cause, la nature et le traitement de la fièvre jaune”, publicado em 1880, no qual identificou o *cryptococcus xanthogenicus*, uma espécie de alga, como agente causador da febre amarela. Por outro lado João Baptista Lacerda apresentou como causador o *fungus febris flavae*, que era um organismo vegetal da classe dos cogumelos polimorfos. Filogônio Lopes Utinguassú propôs a idéia da transmissão da febre amarela pelo mosquito, em um trabalho apresentado à Academia Imperial de Medicina, em 27 de outubro de 1885. Ainda integrou este debate Giuseppe Sanarelli, diretor do Instituto de Higiene Experimental em Montevideu, que realizou pesquisas sobre a febre amarela quando esteve no Hospital de São Sebastião, em 1896. Através da análise da trajetória desses cientistas, foi possível reconstituir as ações dos médicos frente as epidemias, como a criação de instituições das características do Hospital de São Sebastião, e as teorias que norteavam essas ações.

A análise dos principais aspectos que direcionavam as teorias médicas então nos permitiu perceber as rupturas e permanências no conhecimento médico, e o desenvolvimento do aparato médico.

A revolução pasteuriana, que rompeu com o ciclo das doenças infecciosas, mostrou-se capaz de debelar os flagelos, e se impôs como teoria dominante, introduziu várias práticas no meio médico. Neste aspecto destacamos também o papel das missões científicas estrangeiras, como a Missão Pasteur composta pelos médicos Paul-Louis Simond (1858-1947), Alexandre Taurelli Salimbeni (1864-1942) e Émile Marchoux (1862-1943), que esteve no Rio de Janeiro de 1901 a 1905. Destacamos esta missão devido ao seu papel na promoção da bacteriologia no meio médico brasileiro, através de um citado curso de bacteriologia, realizado no hospital de São Sebastião e que era feito nos moldes do curso de bacteriologia do Instituto Pasteur, de Paris. Ações como estas ajudaram a consolidar o desenvolvimento da ciência bacteriológica no Brasil.

Em outro ponto do trabalho, analisamos a trajetória de Carlos Pinto Seidl e sua atuação na direção do Hospital de São Sebastião. O destaque a esta direção específica não foi devido somente ao fato de tratar-se da mais longa administração do Hospital de S. Sebastião, nos períodos de 1892 a 1912 e de 1919 a 1929. Destacou-se seu empenho por realizar uma boa administração, e por sua luta em recuperar o nome da instituição, afetado por uma campanha difamatória na imprensa. Foi importante também, durante sua gestão, as relações

estabelecidas com o meio científico brasileiro, e estrangeiro, como bem demonstrou a presença de missões científicas no hospital, principalmente no que se referia ao debate sobre a causalidade das doenças e sobre as medidas de combate as doenças epidêmicas.

Até a metade do séc. XIX a assistência hospitalar no Brasil era bastante deficiente, e somente na segunda metade daquele século é que novas instituições hospitalares foram construídas. Neste cenário procuramos ver o surgimento do hospital moderno, e sua relação com o desenvolvimento dos saberes médicos. Destacamos que, também no Brasil, estas novas instituições fundadas tiveram como modelo a arquitetura pavilhonar, a qual em acordo com os preceitos higiênicos do momento, priorizava o isolamento dos doentes, segundo suas moléstias, no espaço hospitalar.

Ao analisar o modelo pavilhonar de arquitetura destacamos o nome de Jacques-René Tenon (1724-1816) que dedicou grande parte de sua trajetória ao estudo dos hospitais, tendo participado de uma comissão, em 1786, que fora encarregada de estudar a situação do Hôtel-Dieu, em Paris. Seu projeto propunha pela primeira vez, a análise dos hospitais sob um olhar crítico e funcionalista, baseado nas necessidades dos pacientes, passando o hospital a ser um objeto de estudo. Com o projeto de Tenon triunfou uma série de normas arquitetônicas e entre elas a organização pavilhonar horizontal que permitia uma ventilação e iluminação dos pavilhões, impedindo a umidade e o contágio, que para época tinha relação com a circulação de ar.

A estruturação e transformação dos hospitais, no Brasil no séc. XIX, acompanhou tendências da arquitetura e higiene hospitalar vindas de fora, e procurou atender as necessidades prementes em decorrência do alastramento das epidemias. Desta forma tivemos a instalação de lazaretos como o de Jurujuba, em 1851, e o próprio Hospital de São Sebastião, em 1889. Estas instituições, como os demais hospitais de isolamento e lazaretos europeus, tinham por objetivo isolar as pessoas portadoras de uma moléstia específica.

Ao analisar a arquitetura do Hospital de São Sebastião, constatamos que à época de sua criação o hospital possuía 20 edifícios e 120 enfermarias, sendo que cinco estavam estabelecidas no sistema Le Fort e Moabit, e as outras achavam-se instaladas no grande edifício central, que havia sido aproveitado da grande chácara que pertencia aos antigos moradores do local. Ao analisar as características de tais

estruturas percebemos que o hospital havia sido criado no período de um debate existente sobre a construção dos estabelecimentos hospitalares.

Percebemos ao longo do trabalho a existência de um debate entre o modelo hospitalares de caráter permanente, baseados nos projetos de Tenon, e o modelo de hospitais provisórios defendido por Léon Le Fort (1829-1893). Le Fort defendia o sistema de hospital-barraca, que opunha-se ao modelo do hospital monumento, de caráter permanente. Entendia que as edificações permanentes e os materiais usados nessas construções seriam os principais inimigos da higiene hospitalar.

Percebemos ao longo do trabalho que o hospital de São Sebastião foi construído baseado nas duas premissas, possuindo prédios permanentes, segundo a arquitetura pavilhonar, e o sistema de pavilhões provisórios, os denominados pavilhões Le Fort, prontos para serem destruídos no caso da constatação do perigo da infecção.

O espaço hospitalar era visto como um espaço funcional que obedecia as regras da espacialidade e da higiene da época. Isto é percebido até no estilo arquitetônico adotado no hospital, que era o estilo chalet, que atendendo os preceitos higiênicos da época, permitiam, dada as características de construção e a localização de suas janelas, uma circulação uniforme de ar para os pacientes.

Ao longo do trabalho portanto objetivamos mostrar que através da análise da criação de uma instituição, como o Hospital de São Sebastião, foi possível conhecer os principais pontos em debate na ciência médica brasileira, especialmente no que se refere à doença, à febre amarela, sua causalidade e a definição de meios para combatê-la.

FONTES

Fontes Primárias

- Decreto nº 10.181. In: BRASIL. *Collecção das Leis do Imperio do Brazil de 1889*. Parte I, Tomo XXXVI, v.1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889.
- *Relatório do Ministério do Império ano de 1888 apresentado à Assembléa Legislativa pelo Ministro Ferreira Vianna*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1888.
- *Relatório apresentado à Assembléa Geral Legislativa na Quarta sessão da vigésima legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Antonio Ferreira Vianna*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889.
- *Relatório apresentado ao Vice-Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. Fernando Lobo, Ministro da Justiça e Negócios Interiores em abril de 1893*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1893.
- SEIDL, Carlos. *Relatorios do Hospital de S. Sebastião apresentados pelo Director Dr. Carlos Seidl em fevereiro de 1895*. Rio de Janeiro: [s.n.], [1895].

Obras Citadas

- ALMEIDA, Marta de. Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.577-607, nov. 1999/fev. 2000.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. São Paulo – Saúde e Desenvolvimento (1870-1903): a instituição da rede estadual de saúde pública. In: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. *Instituto Adolfo Lutz – 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz; Editora Letras & Letras, 1992.
- AQUINO, João Pedro Leão de. O Hospital Sanatório S. Sebastião. Memória histórica desde a sua fundação até nossos dias. Principais fatos ocorridos em antigas epidemias e reminiscências de vultos notáveis do mundo médico nacional e estrangeiro ligados à vida do mesmo hospital. *Revista Médica Municipal*, Rio de Janeiro, n.3, v.VI, mai./jun. 1945.
- AQUINO, João Pedro Leão de. O Hospital Sanatório S. Sebastião (cont.). *Revista Médica Municipal*, Rio de Janeiro, ns.1,2, e 3, v.VII, jul./dez. 1945.
- AQUINO, João Pedro Leão de. O Hospital Sanatório S. Sebastião (cont.). *Revista Médica Municipal*, Rio de Janeiro, n.2, v.VIII, abr./jun. 1946.
- AQUINO, João Pedro Leão de. O Hospital Sanatório S. Sebastião (cont.). *Revista Médica Municipal*, Rio de Janeiro, n.2, v.XII, abr./jun. 1948.
- ARAÚJO, Achilles Ribeiro de. *A Assistência Médica Hospitalar no Rio de Janeiro no Século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Cultura, 1982.
- *ASSISTÊNCIA Pública e Privada no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typographia do Anuario do Brasil, 1922.

- BARRET-KRIEGEL, Blandine. L'Hôpital comme équipement. In: FOUCAULT, Michel. *Les Machines à Guérir*. Bruxelles: Pierre Mordaga, 1978.
- BAYET, Claire Salomon (ed.). *Pasteur et la révolution pastoriene*. Paris: Payot, 1986. p.65-139.
- BENCHIMOL, Jaime (Coord.). *Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ UFRJ, 1990.
- BORSA, S.; MICHEL, C.R.. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe*. Paris: Hachette, 1985.
- CARMO, José Messias do. *Contribuição ao estudo da evolução do Hospital em Higiene Pública*. Tese (Concurso para Cátedra de Higiene) - Faculdade de Farmácia, Rio de Janeiro, 1944.
- *DICTIONNAIRE Encyclopédique des Sciences Médicales*. Directeurs A. Dechambre, L.Lereboullet. Tome Quatorzième. Paris: Asselin et Houzeau; G. Masson, 1888.
- EDLER, Flávio. *A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentrista: da Climatologia à Parasitologia Médica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1999.
- FALCÃO, Edgard de Cerqueira. *Brasiliensia Documenta.VI*. Oswaldo Cruz Monumenta Histórica, tomo IV (I). Os Serviços de Saúde Pública no Brasil (1808 – 1907). Esboço histórico. São Paulo: s.n., 1978.
- FRANCO, Odair. *História da Febre-Amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- GANSHAW, Lindsay. The Hospital. In: POTER, Roy. *Companion Encyclopedia of the Medicine*. v. 2 . Routledge: London and New York, 2001.
- *HOSPITAL S. Sebastião*. XXº Aniversário de sua fundação em 9 de Novembro de 1909. Homenagem aos Exmos. Snrs. Drs. Rocha Faria e Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1910.

- LÉCUYER, Bernard P. L'Hygiène en France avant Pasteur 1750-1850. In: BAYET, Claire Salomon (ed.). *Pasteur et la révolution pastoriene*. Paris: Payot, 1986. p.65-139.
- LÖWY, Ilana. Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute Mission (1901- 1905): the transfer of science to the periphery. *Medical History*, 34, p. 144-163, 1990.
- LUTAUD, Auguste; HOGG, Walter Douglas. *Nouvelles études sur l'isolement des contagieux em France & en Angleterre*. Paris: Librairie J.B. Baillière, 1890.
- NAPIAS, Henri; MARTIN, André-Justin. Hygiène hospitalière et assistance publique. In: ROCHARD, Jules-Eugène. *Encyclopédie d'hygiène et médecine publique. Tome V*. Paris: Babé et Cie, Le Bataille et Cie. Éditeurs, 1892-1893.
- OLIVEIRA, Manoel José de. Apreciação da obra do Conselheiro Dr. Carlos Frederico, intitulada estudos sobre hospitais, pelo Dr. Manoel José de Oliveira, membro titular. *Annaes Brazilienes de Medicina, Jornal da Academia Imperial de Medicina*, Rio de Janeiro, Typographia Universal de H. Laemmert & C., p.91-108, 1881-1882.
- PENTEADO, Eliane Villas Bôas de Freitas. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em:
<http://portaldeses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/penteadevbfm/capa.pdf>
Acesso em: 16 mar.2005.
- ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Ensaio sobre a História da Assistência Médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SEIDL, Carlos. *O isolamento Nosocomial: Memória apresentada á academia Nacional de Medicina como título de admissão*. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1897.
- SEIDL, Fernando. Hospital São Sebastião: última inauguração do Império. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro. Anais do Congresso de História do Segundo Reinado. 2º vol*. Rio de Janeiro; Brasília, p.322-330, 1984.

- SILVA, Kleber Pinto. *A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII*. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/bases/texto052.asp>

Acesso em: 3 fev. 2005.

- TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo*. *Revista Brasileira de História*,. São Paulo, v. 21, n. 41, 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200012 Acesso em: 18 fev. 2005.

- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

Obras Consultadas

- ALBERTO, Renzo. Carlos Seidl e o Hospital de S. Sebastião. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 22 jul. 1956.

- ALMEIDA, Marta de. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo: Editora Universitária São Francisco, 2003.

- Antoine Laurent de Lavoisier (1743-1794). *Lavoisier, pioneer in public health*. Disponível em: http://historyofscience.free.fr/Lavoisier-Friends/a_chap3_lavoisier.html

Acesso em: 1 fev. 2005.

- AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier de. Resposta ao juízo crítico do Sr. Dr. Manoel José de Oliveira. Sobre o opúsculo, estudos de hospitais, reforma destes estabelecimentos, hospitais de Paris e Lisboa. *Annaes Brazilienes de Medicina, Jornal da Academia Imperial de Medicina*, Rio de Janeiro, Typographia Universal de H. Laemmert & C., p.109-133, 1881-1882.

- BENCHIMOL, Jaime *Dos Micróbios aos Mosquitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ UFRJ, 1999.
- BENCHIMOL, Jaime. Domingos Freire e os Primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. II , n. 1, p. 67-98, mar./jun. 1995.
- BOURDIER, Pierre. O campo científico. In ORTIZ, Renato (org). *Pierre Bourdier; Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz: a Construção de um Mito da Ciência Brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- CAPONI, Sandra. El veneno y el Mosquito: aspectos epistemológicos de la etiologia y la profilaxis de la fiebre amarilla. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. VII, n.2, p.251-282, jul./out. 2000.
- CARLOS Seidl “in Memoriam”. Reimpresso da *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, n. 11, anno XXXVII.
- CARMO, José Messias do. Política Hospitalar do Império. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, Anais do Congresso de História do Segundo Reinado. 2º vol.* Rio de Janeiro; Brasília, p. 245-288, 1984.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril*. São Paulo: Editora Cia. das Letras, 1996.
- FABRIS, Annateresa (org.). Considerações sobre o Ecletismo na Europa. In: _____ . *Ecletismo na arquitetura brasileira*. São Paulo: Nobel/Edusp, 1987.
- FEBRE Amarella. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 5 nov. 1904. Disponível em: <http://www2.prossiga.br/ocruz/asp/SaidaCat.asp?cod=17&id=port>
Acesso em: 15 mar. 2005.
- HOSPITAL S. Sebastião. *Revista O Commentario*, série 3, n.3, p.157, jul. 1905.
- REVEL, Jean Pierre P . O Corpo. In: LE GOFF, Jacques. *História Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim ... Inventário da saúde pública*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- RISSE Guenter. *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999.

- ROSEMBERG, Charles. The Therapeutic Revolution: Medicine, Meaning and Social change in 19th Century America. In: LEAVILT, Judith Walzer; NUMBERS, Ronald. *Sickness and Heath in America*. Winconsen: The University of Wiconsin Press, 1985.

- SANJAD, Nelson. On 'the abominable profession of being a vampire': Emílio Goeldi and Mosquitos in Pará (1905). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.85-111, jan./abr. 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000100003&lng=en&nrm=iso

Acesso em: 23 fev. 2005.

- SANTOS, Paulo. *Quatro séculos de arquitetura*. Rio de Janeiro: IAB, 1981.

- SEIDL, Carlos. Contribuição para o estudo do tratamento da Febre Amarela. *Revista Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano VII, 1893.

- SEIDL, Carlos. Novo systema de ventilação de enfermarias adoptado no Hospital São Sebastião . *Revista Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano VII, 1894.

- VIDAL, Germano Seidl. *Carlos Seidl e sua época (1867-1929). Pioneiro da infectologia no Brasil (versão III)*. Disponível em:

<http://www.guerraproscrita.com/carlosseidl.htm> Acesso em: 1 mar. 2005.

- WORBOYS, Michael. *Spreading Germs, Disease Theories and Medical Practice in Britain 1865-1900* . Cambridge: Cambridge Universty Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Relatorios do Hospital de S. Sebastião apresentados pelo Director Dr. Carlos Seidl em fevereiro de 1895.

Anno de 1894

Sr. Dr. Director geral do Instituto Sanitario Federal.

Tenho a honra de apresentar-vos o relatorio dos serviços e das occurrencias do hospital, sob minha direcção, no anno de 1894.

SERVIÇO ADMINISTRATIVO

Melhoramentos e obras

A primeira preocupação, ao iniciar o presente relatório, é chamar a vossa esclarecida atenção para o facto lastimável de não ter ainda executado a pequena série de melhoramentos de que é carecedor este hospital, pelas razões expostas em diversos officios e nos relatórios annuaes desta directoria.

Parece-me, pois, desnecessário justificar os instantes pedidos que tenho feito de uma *lavanderia a vapor*, cuja installação dispendiosa não tardaria a ser compensada pela economia de tempo, de roupa, de pessoal e pelas vantagens que acarreta para o serviço em geral.

Igualmente julgo ocioso voltar a apresentar os argumentos que legitimam a necessidade de um novo *necrotério*, por ser o actual de dimensões acanhadas, péssima a sua collocação e de solidez hoje mui justamente contestável.

Como medida complementar da mudança do deposito de cadáveres para logar mais apropriado, apresenta-se *o transporte dos mesmos pelos fundos do hospital* para o cemitério do Caju, distante apenas duas centenas de metros.

A compra ou desapropriação dos terrenos necessários a esse mister, acha-se hoje facilitada pelas condições especiaes em que labora a respectiva proprietária- a Companhia São Lazaro, a qual os tinha há tempos recusado vender ao Governo, pelo que, parece-me, deverá ser iniciada a desapropriação por utilidade publica.

A necessidade de tornar este estabelecimento um verdadeiro hospital de isolamento , obriga-me a recordar-vos, Sr Director geral, que o anno de 1894 passou-se sem que vissemos iniciada a construção do muro em torno do hospital, providencia dia a dia reclamada pelas ocorrências aqui havidas.

Com effeito mal se comprehende a existência de um hospital de isolamento como este , em que falta o meio material menos inefficaz de realização impedindo o ingresso de estranhos e o egresso do pessoal, cuja reclusão necessária é uma utopia nas condições presentes.

Quantas vezes tive de ouvir queixas de visinhos contra a invasão em seus terrenos de doentes em convalescença no hospital; quantas vezes febricitantes em delírio não conseguiram illudir a vigilância dos encarregados e transpor a frágil cerca de arame farpado que delimita este hospital ?O muro, portanto, não é mais uma providencia necessária apenas, é indispensável e inadiável medida, reclamada pela disciplina e pela hygiene nosocomial.

Antes porém de resolver a construção do referido muro e o perímetro que ele circumscreve, conviria tratar de alargar a zona ocupada pelo hospital , adquirindo os terrenos circumjacentes segundo proposta justificada, apresentada ha tempos e por um dos meus dignos antecessores, proposta que mereceu ser patrocinada pelo Sr Dr Bento Gonçalves Cruz, de saudosa memória.

Autorisado pelo aviso do Sr Ministro da Justiça e negócios interiores, n. 610 de 27 de junho de 1894, foi grandemente melhorada e reformada a 3^aenfermaria deste hospital, cujo soalho e paredes reclamavam os urgentissimos consertos que soffreram.

De accordo com os officios ns.98 e 165 de 24 de fevereiro e 24 de março de 1894, que tive a honra de dirigir-vos, foi executada a construcção de mais uma enfermaria de madeira neste hospital, reclamada pelo excessimo numero de doentes em tratamento.

O character provirio que primeiramente tivera tal obra, impediu lhe fosse impresso o cunho de perfeição desejada.

Foi justamente nesta nova enfermaria, que pareceu-me opportuno experimentar praticamente o *systema de ventilação* preconizado pelo medico major de 1ª classe do exercito francez Dr. Castaing, descrepto no tomo 17 dos *Archives de Medicine et Pharmacie Militaires*. Tive de modificar o referido systema, em questão de detalhe, conforme relatei no Brasil Médic, publicado a 22 de novembro de 1984. Vem de molde aqui referir-vos quão proveitoso e efficaz tem sido o auxilio intelligente e dedicado prestado pelo distincto engenheiro ajudante das obras do Ministerio do Interior, Dr. Francisco Peixoto naquella e em todas as demais construcções e obras que ultimamente teem sido aqui executadas, facto este que redundando em beneficio do bom nome do estabelecimento, merece a citação feita.

Devo referir-vos igualmente outro facto digno de nota e que já vem congñado em relatórios meus anteriores. Refiro-me a ter conseguido pintar *grande parte do estabelecimento* sob minha direção, com grande economia para os cofres públicos, transformando o pessoal de enfermeiros e serventes em pintores, e com elles, graças á perícia de alguns e a boa vontade de todos consegui a limpeza interna e externa de grande parte do estabelecimento.

Não devo passar adiante sem lembrar-vos a necessidade de construir-se, no terreno do hospital uma casa com aposentos apropriados para receber doentes de certa roda social. Este hospital resente-se com effeito ainda da falta de quartos particulares, nos quaes apenas com effeito ainda da falta *dos quartos particulares*, nos quaes eram tratados um ou dous doentes, mediante uma diária que alliviasse o estado de despezas a fazer e justificasse as medidas justamente decretadas em relação ao isolamento de enfermos de moléstias pestilencial.

O numero de doentes de febre amarella remetidos ao hospital é quase sempre menor que o daquelles que são tratados em domicilio, pela razão simples de que , a doentes de certa categoria social repugna o tratamento hospitalar, nas enfermarias communs e esses mesmos não se esquivariam certamente ao referido tratamento , si encontrassem no hospital, quartos onde isoladamente recebessem os cuidados médicos , embora pagando determinada contribuição diária .

Pessoal

De acordo com o art. 4º e respectivos parágraphos do regulamento do Instituto Sanitario federal, baixado com o decreto n. 1647 de 12 de janeiro de 1894, forem feitas novas nomeações de pessoal, tendo sido conservado todos os funcionarios nos respectivos postos. O pessoal fixo aqui existente de acordo com o referido regulamento e a lei orçamentaria vigente é o seguinte:

Director – Dr. Carlos Pinto Seidl.

Pharmaceutico - Luiz Antonio Martins Ferreira.

Escrivão - Mauricio Heisler.

Agente de compras - Manoel Leandro da Costa.

Machinista - Antonio Joaquim de Sant'Anna.

Porteiro - Fausto Emiliano do Couto Reis.

Enfermeiros - João Antonio de Sant'Anna e Thadeu de Siqueira Campos, quatro serventes , um cozinheiro, um ajudante, um jardineiro e dous foguistas.

O pessoal subalterno actualmente considerado fixo é diminuto para o serviço do hospital , mesmo quando sem doentes.

E esta é uma das razões que tem determinado principalmente a manutenção de serventes extraordinários durante todo o anno, no intuito de conservar limpo e decente este grande estabelecimento. Durante o anno de 1891, época da verdadeiramente extraordinária para o hospital; pois teve aquelle em que o maior numero de doentes nelle tivera entrada, tornou-se mister nomear o pessoal extraordinário necessário, dispensando-se em proporção que decrescia o serviço.

Eis a relação do referido pessoal, pelo Sr. Ministro e por vós nomeado nas condições apontadas.

Relação nominal do pessoal superior extraordinário que serviu no Hospital de São Sebastião durante a epidemia de 1894

Nome e Funções	Data da Nomeação	Data da Dispensa
<i>Medicos</i>		
Miguel Couto	16 de fevereiro de 1894	25 de junho de 1894
José Gomes Pereira	1 de fevereiro de 1894	25 de junho de 1894

Godofredo S Teixeira de Mello	10 de março de 1894	2 de maio de 1894
Rodolpho Ramalho	2 de março de 1894	13 de abril de 1894
Lucas Catta- Preta	10 de março de 1894	13 de abril de 1894
<i>Internos</i>		
Augusto H de Araújo Vianna	20 de março de 1893	8 de junho de 1894
Lucio de Souza Albuquerque	1 de fevereiro de 1894	2 de maio de 1984
Carlos Barros Raja Gabaglia	19 de fevereiro de 1894	13 de abril de de 1894
Henrique Tanner de Abreu	9 de março de 1894	13 de abril de 1894
Carlos Roldon Mouren	6 de março de 1894	1 de setembro de 1894
<i>Auxiliar de escrivão</i>		
Antonio Firmino de Novais	10 de fevereiro de 1894	1 de agosto de 1894
José Monteiro de Moraes	23 de fevereiro de 1894	25 de junho de 1894
<i>Auxiliares do pharmaceutico</i>		
Francisco Correa Netto	22 de fevereiro de 1894	2 de maio de 1894
Odair Gonçalves Nunes	16 de fevereiro de 1894	4 de junho de 1894
<i>Auxiliares de almoxarife</i>		
João Jose Torres		4 de abril de 1894
<i>Interprete</i>		
João Ernesto Henning		4 de abril de 1894
<i>Roupeiro</i>		
Joaquim de Almeida	10 de fevereiro de 1894	25 de junho de 1894

Manda a justiça um especial louvor e agradecimentos públicos pelos serviços relevantes prestados pelos funcionários apontados, na quadra calamitosa que então atravessamos nesta Capital.

Aos distintos collegas cujos nomes vão citados na lista supra designados por vós, vieram a este hospital, prestar o auxílio eficaz de inteligência e humanidade devo apresentar neste relatório o testemunho do mais sincero reconhecimento, pois deve-lhes a Administração sanitária.

Ao pessoal subalterno fixo e extraordinário teve este ano o governo federal, de apelar na emergência difícil de impedir o ingresso na capital do *cholera morbus* que surgiu no interior dos Estados do Rio.

Convidado pelo distinto chefe de Comissão Sanitária Federal, organizada para ir aos referidos lugares auxiliá-lo na fanosa e urgetarefa, levei comigo, autorizado por vós, alguns dos empregados deste hospital, que souberam prestar concurso da prática que adquiriram desempenho das funções de enfermeiros e desinfectadores.

Esse fato vem justamente provar que, não sendo possível improvisar um bom enfermeiro ou desinfectador, sem detrimento do serviço que lhes fôra confiado, é de palpitante necessidade ter sempre preparado grupo de homens aptos a desempenhar tais funções em todas as emergências inesperadas.

Eis a lista do pessoal que me acompanhou na Comissão Sanitária Federal; o primeiro da lista é o incansável maquinista, que no hospital dirige as máquinas e estufas de desinfecção e o qual em Belém desempenhou tarefa idêntica com o aplauso geral dos competentes:

Antonio Joaquim de Sant'Anna.

João Tadeu de Sant'Anna.

Thadeu de Siqueira Campos.

Antonio Seixas Gomes.

Álvaro Ribeiro.

Manoel da Silva Junior.

Francisco Antonio da Hora.

Gustave Charles.

José Pereira Alves.

Lisbino de Abreu e Silva.

José Borges.

Durante o tempo que ausentei-me do hospital, tive como substituto o illustrado Sr Miguel de Oliveira Couto, o qual de 28 de novembro de 1894 até Janeiro do anno corrente dedicou a esta casa o melhor de sua boa vontade, e os mais efficientes dos seus intelligentes esforços e conhecida dedicação.

Suspensão de funcionario

Attendendo ao que tive a honra de ponderar-vos, em officio n.280 de 10 de agosto de agosto, foi por vós suspenso , durante 10 dias o porteiro do hospital , Fausto Emiliano do Couto Reis. Presentemente o referido porteiro , graças a moléstia chronica de que é soffredor, mui difficilmente poderá desempenhar as respectivas funcções de .um modo conveniente , pelo que em data de 1 de dezembro foi proposto Sotero Joaquim de Almeida para exercer interinamente o referido cargo.

Hospital anexo provisório

Graças a gentileza da Companhia S. Lazaro, foi cedida a grande casa onde fôra estabelecida a fabrica de camisas da mesma companhia, por intervenção do Sr Dr Henrique da Fonseca, digníssimo engenheiro do ministério do interir, para nella estabebelecer-se um pequeno hospital anexo ao de S Sebastião, visto achar-se este abarrotado de enfermos, tendo até salas de refeitórios e aposentos do pessoal transformados em enfermarias.

Embora por pouco tempo, não deixou de servir grandemente aos interesses sanitários desta Capital. Este hospital provisório, foi entregue respectva proprietaria , limpo e pintado de novo interiormente em abril de 1984.

Posto medico militar

Durante trez mezes funcionou na directoria deste hospital o posto medico ahi estabelecido com autorisação vossa e por ordem do Sr Ministro , afim de acudir aos feridos civis e militares do littoral próximo ao estabelecimento durante a revolta naval de 6 de setembro . Fui ajudado nesta humanitária tarefapelos Srs Dr Sebastião Côrtes e estudante de medicina Feliciano José de Almeida Junior. Felizmente raras vezes tivemos empregar nossos serviços cirúrgicos ou médicos, limitando-se quase sempre o trabalho nosso a uma promptidão ininterrupta.

Comunicações e informações

Na secretaria do hospital prestaram-se as informações solicitadas durante o anno e aos Srs. Consules estrangeiros especialmente fizeram-se sempre as communicações do estylo e mais quanto era por elles pedido em relação aos seus respectivos compatriotas. Fizeram-se 314 officios sobre assumpto concernente o serviço do estabelecimento.

Espolio de doentes

Sob este titulo entende-se tudo quanto é trazido pelos doentes entrados no hospital à excepção da roupa do corpo. Esta é queimada no forno incineratório do hospital, quando o seu portador vem a fallecer e não lhe é feito o enterro de classe.

Os espolios dos doentes entrados em 1894 foram todos em tempo opportuno remetidos pa Sr. Juiz da 11^a pretoria, conforme consta dos officios e relações detalhadas que vos apresentei igualmente.

É para lamentar a morosidade com que se digna o referido Sr. Pre[...] conferir os sobreditos espolios e mandar a essa directoria a necessaria certidão da entrega exacta, de sorte que até a presente data ainda não recebi alguns desses documentos, de que necessito para salvaguarda dessa repartição, pois não é raro figurarem entre os referidos espolios quanto[...] não pequenas.

Remoção de enfermos

Em diversas occasiões tive de levar ao vosso conhecimento abusos relacionados com este importante assumpto, cuja cessação urgia em bem da hygiene publica. Refiro-me ao transporte de doentes de febre amarella para este hospital em carros e tilburys de praça.

Felizmente depois das acertadas medidas tomadas por vós e pelo illustre professor Souza Lima, então director de Hygiene e Assistencia Publica, taes abusos diminuíram grandemente.

Visitas ao hospital

Além de apreciavel numero de medicos brasileiros e outras pessoas que tiveram occasião de visitar esta casa no anno transacto, procurando veificar os progressos realizados na sua administração, devo assignalar a visita de diversos medicos estrangeiros, e especialmente dos Srs. Drs. Joseph Klimesch, da esquadra austriaca, Hohenberg e Thalen, da esquadra alleman, G. Bright da esquadra americana e J. A. Jonner, medico americano.

De todos esses Srs. profissionaes tive o prazer de ouvir palavras de maior entusiasmo por este hospital. Igualmente se manifestou e de modo o mais lisongeiro para o pessoal desta casa o illustre Sr. Dr. Bolstad, digno consul geral da Suecia e Noruega nesta Capital, em suas repetidas visitas aos enfermos de sua nação e em officio dirigidos ao Sr. Ministro do Interior, conforme vos dignastes communicar-me a 19 de maio de 1894.

Orphãos e abandonados

Durante a epidemia passada não raro aconteceu orphanarem pobres criancinhas para aqui enviadas juntamente com os respectivos pais, atacados gravemente pela febre amarella. Outras vezes seres pequeninos e desprotegidos eram enviados sem nota de procedencia e impossibilitados de prestarem informações sobre a mesma, aqui ficavam sem que jamais delles quem quer que seja viesse inquirir. A estes abandonados e aquelles orphãosinhos, prestou efficaz e prompto soccorro a respeitavel instituição da Santa Casa da Misericordia, sempre que fiz apello à sua conhecida e immensa caridade, jamais esgotada, asylando-os convenientemente.

SERVIÇO ECONOMICO

Manutenção do hospital

Conforme vereis pelo quadro annexo ao presente relatório as despesas feitas no anno passado, montam a 220: 725\$557.

Esta elevada somma, ainda não attingida nos annos anteriores, justifica-se principalmente pelo grande número de doentes entrados em 1894, pela carestia geral dos artigos comprados e pela necessidade que houve de prover o hospital de material novo, melhorando quanto possível todas as suas differentes secções: almoxarifado, pharmacia, casa das machinas, rouparia e principalmente a secretaria que tive de mudar de logar mais decente e apropriado.

O quadro em anexo ao qual me referi, dá em detalhe as despesas realizadas, despesas a que presidiu sempre o mais criterioso e severo exame como aliás vos terá sido fácil averiguar no decurso do anno passado.

Fornecimento de gêneros e mais artigos

Durante grande parte do primeiro semestre de 1894 esse fornecimento fez-se por concorrência pública aberta organizada no Instituto Sanitário Federal. Tão boa prática, vantajosa para a administração do hospital deixou, entretanto, de ser executada na segunda metade do anno.

Cadernetas de empregados

No intuito de melhor fiscalisar a fazenda pública confiada à guarda desta directoria, estabeleci uma serie de medidas e entre elas o uso de cadernetas em que cada empregado do hospital terá o registro exacto de tudo quanto lhe é dado para o serviço. Pela inspecção que fizerdes das determinações que regem o uso de taes cadernetas vereis que serão proveitosas, pelo menos assim cuido que acontecerá, ao terminar o anno incipiente em que comecei a distribuil-as.

Contribuição dos doentes de 1ª classe

A 5 de outubro de 1894 fiz a primeira prestação das contas das contribuições dos doentes aqui tratados em enfermarias de 1ª classe, em 1894 .

A somma de 12:768\$ representa a referida prestação.

Esta somma para representar, entretanto, effectivamente o dinheiro recebido em 1894, de doentes pagantes, deverá ser accrescida de uma pequena quantia mais, de que dar-vos-hei conta exacta assim que tiver autorisação para entrar para o Thesouro Federal com a quantia primeiramente citada. De janeiro de 1891 a esta patê do tratamento dos doentes em 1ª classe rendeu a somma de 27:870\$, dos quaes só falta

recolher aos cofres públicos a quantia pertencente a 1894. Releva notar que o recebimento das referidas contribuições, outr'ora feito em condições irregulares passou a ser perfeitamente organizado desde confiei-o ao Sr. Manoel Leandro da Costa, agente de compras do hospital, digno por isso de ser indemnizado das despesas que fez para a boa execução de tão incommodo serviço. Já em officio propuz que se desse uma pequena percentagem ao referido empregado. Aceito este ou aquelle alvitre, ter-se-há feito um acto da mais estricta equidade.

Serviço Sanitário

Apresento-vos annexos a este relatorio, diversos quadros e mappas estatísticos relativos ao movimento sanitario do anno de 1894.

Apraz-me pensar que tendo sido elles feitos com esmero, por mim e pelo zeloso escrivão do hospital, possam prestar algum serviço aos que se entregam aos proveitosos estudos demographo-sanitarios entre nós e que si não concorrerem para a solução do problema, pelo meno poderão levantar alguma nesgasinha da tela que acoberta esta grande esphynga pathologica que se chama- febre amarella.

Em um dos quadros vae discirminado o numero de doentes entrados segundo as idades, estado social, cor, sexo e nacionalidades, representando-se sempre o numero de fallecidos e curados. Da inspecção desse quadro vê-se que a nação que maior numero de doentes forneceu foi Portugal, seguindo-e-lhe em ordem decrescente: Hespanha, Inglaterra e colonias, Italia, Suecia e Noruega, etc.. Dos nossos compatriotas tivemos apenas 213 dentre 4.121 doente que aqui foram tratados em 1894, convindo accrescer que dentre esses 213 brasileiros nem todos vieram affectados de febre amarella.

Em relação aos outros dados verificou-se mais uma vez o que se realisa em todas as epidemias de febre amarella e vem a ser: 1º, que é enorme a proporção entre os atacados do sexo masculino e feminino. No caso vertente de 4.121 doentes: 3.739 foram do sexo masculino e apenas 382 do feminino; 2º, que a raça preta continúa a figurar como refractaria a infecção amaril, pois de 4.121, foram atacados 15 dos quaes falleceram apenas 2, convindo notar-se que dentre os pretos atacados de febre amarella nenhum era brasileiro, sim porém originarios das colonias europeas da Africa; 3º, em relação a idade, o maior contingente, como sempre, foi proveniente dos que figuravam na casa dos

20 e 30 annos. Só desse grupo tivemos 1.784; 4º, quanto ao estado social: é dos solteiros que vem o maior numero. Tivemos 2.963 dessa categoria; quase as $\frac{3}{4}$ partes da totalidade dos entrados.

Em um segundo quadro annexo vem discriminado o movimento sanitário pelos mezes do anno de 1894. Da sua inspecção vê-se que o mez de fevereiro ocupa o primeiro logar.

Nesse mês entraram 1.476 doentes pouco menos do dobro dos entrados em todo o anno de 1893. Ao mez de fevereiro seguem-se os outros na seguinte ordem decrescente.

Entrados

Março	1.361
Abril	472
Janeiro	415
Maió	203
Junho	83
Agosto	20
Dezembro	18
Julho	15
Outubro	12
Setembro	8
Novembro	6

A epidemia de febre amarela, em 1894, a julgar pelo movimento deste hospital, foi verdadeiramente excepcional. Nunca o pessoal desta casa viu-se tão assoberbado de serviço e o melhor elogio que lhes pôde fazer é dizer que, durante todo anno passado, apesar do

accumulo de serviço, verdadeiramente extraordinário, nenhuma queixa se levantou contra o hospital, graças à dedicação, boa vontade e zelo que o pessoal superior e subalterno soube empregar no desempenho de suas arduas funções.

A triste fama, portanto, de que entenderam outr'ora dever aureoalar o nome desta casa merece olvido completo.

No anno de 1894 o hospital recebeu doentes de terra e mar e é esta a razão principal do enorme algarismo que representa a totalidade dos entrados.

Os marítimos são representados na estatística pelo algarismo 870, figurando nesse numero marinheiros de diversas esquadras estrangeiras e alguns do bordo da esquadra brasileira entrada neste porto em março de 1894.

Um facto digno de nota é que a porcentagem da mortalidade entre os marítimos é muito inferior a que se verifica entre os doentes de terra.

A razão deste facto está em que estes são geralmente mandados para o hospital em condições de moléstia bem adiantada e muitas vezes moribundos. Em 1894 a proporção dos moribundos em relação ao numero de entradas foi de 9,25%, pois dentre 4.121 entradas, 391 aqui chegaram moribundos; nesta somma não estão incluído 10 cadaveres de indivíduos que tendo sido remetidos *in extremis* falleceram em caminho pelo que tive de fazel-os recolher ao deposito ou necrotério e dahi removel-os para o cemitério.

Em relação aos marítimos verifica-se o facto opposto. Procuram logo aos primeiros symtomas de enfermidade suspeita, o hospital, portanto facilitam grandemente o tratamento e obteem mais vezes a cura.

A porcentagem bruta da mortalidade neste hospital, no anno passado foi de 42,40%.

Eliminando, porém, os moribundos e cadaveres que na estatística geral oneram o número de fallecidos, onde estão incluídos, a porcentagem de mortalidade reduz-se a 36,2%.

Nem todos, porém, que entram para o hospital teem com effeito febre amarella, embora venham quase sempre com tal diagnostico.

Assim é que no anno passado entraram 129 individuos, os quaes positivamente não estavam affectados de tal enfermidade.

Convém, portanto, abstrahir delles para chegar-se à verdadeira porcentagem da mortalidade pela febre amarella que deve ser representada pelo algarismo 37,24%.

Tal porcentagem representa um resultado assaz lisongeiro para a clinica hospitalar, *maxime* tratando-se de tão grave moléstia que, na opinião competente de Roux, é a mais mortífera de todas.

Este autor cita a porcentagem da mortalidade de febre amarela no Senegal, de 94% e na Havana 82%; portanto o algarismo acima apontado representa um resultado lisongeiro.

Para que se possa abranger melhor o extraordinario movimento do anno passado neste hospital, apresento-vos um quadro em que vem apontado o numero de doentes entrados em annos anteriores desde que o hospital começou a funcionar.

Annos	Entraram	Sahiram		OBSERVAÇÕES
		Curados	Fallecidos	
1890	1.015	595	455	Epidemia de febre amarella
1891	3.473	1.859	1.614	Epidemia de febre amarella
1891	1.493	862	634	Epidemia de variola
1892	3.613	2.097	1.543	Epidemia de febre amarella
1893	*814	413	330	Epidemia de febre amarella
1894	4.089	2.374	1.747	Epidemia de febre amarella
Total	11.565	8.230	6.335	

(*) Destes 814 é preciso deduzir 32 que tendo ficado ainda em tratamento no hospital no anno de 1894, figuram na estatistica desse anno, sendo 4 no grupo dos fallecidos e 23 no dos curados do referido anno de 1894.

Em relação aos individuos enviados para este hospital e que eram reconhecidamente portadores do mal de Sião, apresento-vos a annexa com a nota de terem sido alguns removidos para outros hospitaes.

O *tratamento* seguido com melhor resultado no hospital no próximo passado continuou a ser baseado na clássica therapeutica dos symptomas, acompanhando, ao sabor de cada clinico, as modernas idéias e os novos descobrimentos da arte de curar. Sempre que algum dos distinctos clínicos que aqui desempenharam suas funções e o signatário do presente relatório procuravam novos caminhos,

embrenhamdo-se na pratica pelo trilho marcado pela theoria, as decepções e surpresas, causadas pelo Prothêo da pathologia intertropical, impediam-os de ir avante.

Essa therapeutica, empregada segundo o methodo scientifico das indicações sabiamente preconizadas pelo eruditíssimo professor Hayem foi mais certamente mais proveitosa e fertil em resultados do que tanto outros methodos de tratamento, com pretenções a específicos tão apregoados pelos seus inventores ou descobridores. Neste particular a lição, que nos deu o anno de 1894, foi realmente assaz apreciável e proveitosa.

E para proval-o, basta que vos relate summariamente o occorrido, em relação ao emprego no anno passado, de dous methodos de tratamento de febre amarella preconizados pelos respectivos propagadores, e cuja apregoada efficacia foi aqui experimentada em março de 1894.

O primeiro daquelles a quem me refiro é o Sr. pharmaceutico Antonio Anacleto Spinola e Castro, o qual por ordem vossa, exarada no officio n.448 de 6 de março de 1894, teve à sua disposição alguns enfermos de febre amarella em períodos diversos.

O *especifico* apregoado pelo Sr. Spinola era um liquido de cor amarellada, contido em um frasco branco, de 210 grammas de capacidade rotulado com o seguinte dístico espaventoso e pretencioso:

“Microbicida Spinola: para cura infallivel da febre amarella .

Este medicamento cura infallivelmente esta grave moléstia, não morrendo um só doente desde que seja usado no início da moléstia.

Dose, uma colher de sopa de hora em hora”.

Annos atraz já ouvira fallar no tratamento Spinola, entretanto, apezar de poder escudar-me em vossa ordem, exigi que o referido Sr. me declarasse a substancia principal do seu *liquido especifico* e escrevesse detalhadamente o seu methodo de tratar.

A base do tratamento Spinola, segundo affirmações delle, comprovadas posteriormente pelos factos, é a belladonna dada em dose tóxica. A sua *theoria* é que um doente de febre amarella cura-se infallivelmente dessa moléstia se o envenenarem com a belladonna, pois esta tem ação efectiva sobre o micróbio e respectivas ptomainas. Edifício este construído sobre a areia por um architecto inhabil com a

argamassa de um falso argumento physio-therapeutico! Para proval-o é bastante transcrever um topico do relatório que me foi apresentado pelo Dr. Miguel de Oliveira Couto, cujo character integro e cuja capacidade scientifica são assaz conhecidos para que me seja exigido um qualificativo additado ao seu nome. Este illustre clinico, então em exercício neste hospital, fôra encarregado por mim de fiscalisar e seguir o *Tratamento Spinola*.

Eis as suas próprias palavras a respeito:

“ O microbicida Spinola foi propinado na nossa enfermaria a 16 doentes. Deste numero devem ser eliminados cinco: um affectado de variola, um anurico moribundo e três que pelos symptomas observados, podemos assegurar não se achavam acommetidos de febre amarella. Dos 11 restantes sete falleceram e quatro curaram-se o que dá uma mortalidade de 62,7%. Em todos a molestia foi perturbadora no seu curso natural pelos efeitos da medicação. Em menos de 24 horas do uso pretensio especifico o doente apresentava em maior ou menor gráo, syptomias inequívocos de absorpção da belladona em alta dóse: sequidão da bocca e do pharynge, difficuldade na deglutição, língua embaraçada, presa, acceleleração do pulso, dillatação das pupillas, hyperhemia das conjunctivas, delirio manso de palavras, formicações pelo corpo, hyperesthesia da pelle, tremor, ataxia, etc; e estavamos certos, de que levava por deante a sua administração, imminente perigo correria o doente de morrer da cura, quando da moléstia talvez lhe fosse possível escapar; e muitas vezes mesmo a suspensão do medicamento(?) e o emprego de supostos antagonistas physiologicos de nada valeriam a uma condemnação irremissível. Ainda quando por uma interrupção precoce não se permitisse ao microbicida o maleficio extremo de que é capaz, facilmente comprehende-se a influencia perniciosa exercida por uma substancia, que da dóse administrada pertuba toda a economia, deprime a tensão sanguinea , abala e desorganiza os centros nervosos, diminue talvez a secreção renal, em uma infecção profunda e grave, que solapa toda economia, ataca a musculatura cardíaca e innervação geral, e mata quase sempre por anuria e uremia. Tal é Sr. Director, o Microbicida Spinola. Irracional na sua concepção, desastroso nos seus efeitos, elle também a incompetencia de quem o formulou”.

De igual modo exprimiu-se em seu relatório sobre o assumpto, o Sr. Dr. Rodolpho Ramalho, encarregado também de fiscalisar uma outra série de doentes, tratados pelo Sr. Spinola.

Ahi está lavrada em caracteres firmes e irrefutaveis a condemnação do processo de tratamento do pharmaceutico Spinola.

Julguei opportuno trazel-a à lume neste relatório como sendo usadas occurrencias do serviço medico do anno passado, e pela necessidade que há de reduzir às proporções devidas a fama que veio aureolado o systema *curativo*.

Passo agora a relatar-vos o occorrido em relação ao outro systema de um medico chileno, o Dr. Olea Moreno, vindo de sua pátria expressamente para empregar a sua descoberta de um novo tratamento de febre amarella.

Por ordem do Sr. Ministro do Interior, datada de 19 de março, esse medico admittido em uma das enfermarias desse hospital. Para esclarecer-vos sobre o resultado obtido, além do que já em tempo tive a honra de levar de levar ao vosso conhecimento, parece-me opportuno transcrever o trecho do relatório do illustre Dr. José Gomes Pereira, encarregado por mim de fiscalisar e acompanhar dia a dia o Sr. Olea Moreno, em suas visitas clínicas.

Escreve o illustre Dr. G. Pereira em seu relatório apresentado a esta directoria a 5 de maio:

“ Dos 19 doentes que tomou a seu cuidado, oito falleceram. Os 11 restantes, os quaes sahiram com alta do hospital, quatro não se achavam accommetidos de febre amarella, mas de simples embaraço gástrico e um febre palustre. Restam, pois, 14 doentes accommetidos da moléstia . Desses 14, seis foram curados e oito falleceram o que dá uma proporção de 57% de mortalidade. O Dr. Olea Moreno veio do Chile expressamente com o fim de experimentar no Rio de Janeiro a efficacia de um tratamento de febre amarella, por elle chamado especifico e cuja base therapeutica só por elle era conhecido. Um banho de infusão de malvas na temperatura de 30° centígrado dado por espaço de um quarto de hora, e a administração de três pílulas - Olea Moreno - e uma hora depois 80 grammas de óleo de ricino tal é a sua medicação. Esta medicação repete-se cada dia invariavelmente a cura ou (como infelizmente se verificou mais commummente sob as nossas vistas) até a morte do doente. Não sabemos qual seja a substancia

medicamentosa constituinte das pilulas. Nessa substancia depositava o Dr. Olea Moreno a confiança de um especifico infallivel contra a febre amarella, seja ella qual for, a pratica revelou a sua mais completa inefficacia”.

Segue-se depois o estudo detalhado do systema do medico chileno e o quadro dos resultados negativos obtidos pelo mesmo, terminando o Dr. Pereira o seu relatorio com as seguintes palavras: *“Ficou provado que o tratamento do Dr. Olea Moreno para a febre amarella nenhum valor. Esquecamol-o.”*

Attendendo, pois, ao que vae acima expendido, parece-me que a verdade sobre tão momentoso assumpto, está com aquelles que pensam com provector epidemiologista e notavel medico Béranger Féraud: *“Malgré luxe apparent de méthodes curatives , le traitement de la fièvre jaune n'existe pas encore en réalité”.*

Assim, porém, não acontecerá sempre.

A verdade scientifica há de se descortinar um dia, graças ao material de estudos sobre a febre amarella já armazenado, graças especialmente aos trepidos gageiros que navegam no mar alto do estudo pertinaz e efficiente, empunhando o instrumento admirável, que tem revelado à sciencia aos desconhecidos! Ao microscópio dever-se –há talvez em breve o apparecimento de novos horizontes neste particular e com uffania vol-o comunico, Sr. Dr. Director Geral, que durante o anno de 1894 foi este hospital freqüentissimas vezes procurado pelos illustres bacteriologistas brasileiros professores Eduardo Chapot Prévost e Francisco Farjado.

Si não fôra a modéstia dos distinctos investigadores e a prudência de que desejam legitimamente revestir seus estudos, poderia neste relatório moustrar com factos quão útil tem sido o modestíssimo laboratório bacteriológico deste hospital e os resultados a que tem chegado os proficienttes e distinctos bacteriologistas, que nelle tem trabalhado. Elles se encarregarão naturalmente de fazel-o e com maior vantagem para a sciencia.

Eis, Sr. Director Geral, singela e summariamente referidas as principaes occurrencias havidas neste anno de 1894.

Saude e fraternidade.

Directoria do Hospital de S. Sebastião, Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1895.

Dr. Carlos Pinto Seidl,

Director.

Despesas feitas com a manutenção do hospital no anno de 1894

Meses	Generos alimenticios (dietas e rações)	Artigos de uso nas enfermarias e mais seções do hospital	Drogas, utensilios e mais generos de uso na pharmacia	Objectos de clinica	Livros, impressos e mais objectos de uso de escriptorio	Material para o trabalho das machinas e estufas	Material para a pintura das enfermarias	Diversos concertos e construções	Iluminação a gaz	Aluguel do telephon e	Total
Janeiro	7:018\$720	3:931\$700	2:077\$100	151\$800	.....	.....	.....	120\$200	.....	75\$000	13:366\$520
Fevereiro	18:785\$680	21:029\$980	8:977\$200	1:760\$200	1:578\$500	84\$000	.....	188\$700	1:867\$157	.....	54:271\$417
Março	27:247\$420	19:711\$280	14:399\$830	969\$800	.....	516\$500	.....	84\$700	.....	.....	63:429\$530
Abril	13:896\$060	7:915\$500	3:927\$030	235\$000	.....	.....	.....	1:034\$000	.....	.....	27:007\$590
Maiο	7:637\$641	67\$000	1:156\$360	.....	1:185\$500	54\$000	315\$600	303\$000	3:522\$295	.....	14:241\$396
Junho	4:775\$160	.....	633\$300	99\$000	.....	.....	.....	132\$400	.....	.....	5:639\$860
Julho	2:949\$040	188\$000	.....	.....	.....	.....	2:276\$080	96\$040	3:858\$323	.....	9:317\$483
Agosto	2:306\$870	20\$000	292\$000	120\$000	199\$500	.....	408\$500	9:905\$900	.....	.....	13:252\$770
Setembro	1:876\$900	1:280\$000	221\$900	.....	69\$000	36\$000	135\$800	903\$100	.....	.....	4:522\$700
Outubro	1:983\$020	387\$100	905\$900	177\$000	278\$000	.....	.....	1:330\$000	.....	.....	5:001\$020
Novembro	1:822\$340	.....	914\$500	190\$000	208\$000	.....	418\$000	32\$200	.....	.....	3:585\$040
Dezembro	1:644\$310	.....	503\$000	.....	.....	60\$000	.....	2:955\$000	1:927\$921	.....	7:090\$231
Total	92:443\$161	54:480\$560	34:008\$120	3:642\$800	3:518\$500	750\$500	3:553\$980	17:070\$240	11:175\$696	75\$000	220:725\$557

Capital Federal, 11 de fevereiro de 1895. – O Director *Dr. Carlos Pinto Seidl*. – O escrivão, *Mauricio Heisler*.

HOSPITAL DE S.SEBASTIÃO
Despeza feita com o pagamento do pessoal extraordinario no anno de 1894

* A transcrição dos dados não foi possível devido à falta de legibilidade do documento original.

HOSPITAL DE S.SEBASTIÃO
Movimentos sanitario mensal – anno de 1894

Meses	Existiam	Entraram	Totalidade	Falleceram	Totalidade	Curaram-se	Totalidade	Passam
Janeiro	32	415	417	166	106	131	131	150
Fevereiro	150	1476	1923	553	719	634	785	419
Março	419	1361	3284	626	1345	951	1736	203
Abril	203	472	3756	212	1587	362	2098	71
Maió	71	203	3959	110	1697	130	2228	31
Junho	34	83	4012	35	1732	75	2303	7
Julho	7	15	4057	5	1737	14	2317	3
Agosto	3	20	4077	5	1742	18	23335	0
Setembro	0	8	4085	1	1743	7	2312	0
Outubro	0	12	4097	1	1744	9	2351	2
Novembro	2	6	4193	1	1743	4	2355	3
Dezembro	3	18	4121	2	1747	19	2374	0

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1895. – O Escrivão, *Maurício Heisler* - Visto - O Director *Dr. Carlos Pinto Seidl*.

HOSPITAL DE S.SEBASTIÃO
Estatística geral do anno de 1894 – Total das entradas

* A transcrição dos dados não foi possível devido à falta de legibilidade do documento original.

**Relação das molestias de que eram portados alguns doentes não
affectados de febre
amarella remettidos para o Hospital de S. Sebastião no anno de 1894**

Molestia	Entrados	Fallecidos	Curados	Removidos para outros hospitaes
Accesso pernicioso	2	2	.....
Alcoolismo agudo	1	.....	1	
Anemia cerebral	1	.....	.....	1
Arthite rheumatica	1	.....	1	
Abcesso gengival	1	.....	1	
Arterio sclerose	1	.....	.....	1
Bronchite aguda	2	.....	2	
Conjunctivite (recomnascidos)	1	.....	1	
Embaraço gastrico	46	.....	46	
Enterite e entero colite	5	1	4	
Febre remittente bilosa palustre	1	.....	1	
Febre synoqua	2	.....	2	
Gastrite aguda	2	.....	2	
Hernia escrotal direita	1	.....	.....	1
Influenza	14	1	13	
Lesão organica do coração	1	.....	.....	1
Myosite aguda simples	1	.....	1	
Mamilos hemorrhoidarios	1	.....	.....	1
Metrorrhagia	1	.....	.....	1
Paludismo	35	2	33	
Plynevrite infectuosa primitiva	1	.....	1	
Rhinite aguda	1	1	.....
Rheumatismo chronico	1	.....	1	
Variola	5	2	.....	3
Total	129	9	111	9

Capital Federal, 11 de fevereiro de 1895. – O Director *Dr. Carlos Pinto Seidl.*

ANEXO 2
DOCUMENTAÇÃO LEVANTADA ATÉ A EXTINÇÃO DA FEBRE AMARELA
Hospital de São Sebastião – Movimento geral de 1889 a 1899

Doenças	1889-90		1891		1892		1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899	
	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O
F. Amarela	1050	455	3473	1614	3643	1516	747	338	3960	1738	987	500	3281	1784	317	215	963	554	-	-
Variola	-	-	1496	534	-	-	2	-	5	2	39	-	21	-	148	10	142	27	2282	-
Peste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	13	-	9	-	-	-
Varicela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malária	-	-	-	-	-	-	18	1	38	4	84	7	38	6	73	5	56	2	99	-
Tuberculos e	-	-	-	-	-	-	-	-	14	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
Gripe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ap. Respir.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5	-	1	1	5	1	2	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disenterias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Ap. Digest.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	1
F. tifóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erisipela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escarlatina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mening. Aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomelite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotidite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leish-maniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tracoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alastrim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filariose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soma	1050	455	4969	2248	3643	1516	769	340	4017	1745	1133	508	3343	1793	561	231	1172	583	2428	1

ANEXO 3
DOCUMENTAÇÃO LEVANTADA ATÉ A EXTINÇÃO DA FEBRE AMARELA
Hospital de São Sebastião – Movimento geral de 1900 a 1910

Doenças	1900		1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907		1908		1909		1910	
	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O	Ad.	O
F. Amarela	227	139	221	105	515	419	402	183	53	18	397	158	51	23	43	25	4	4	1	1	-	-
Variola	725	253	1360	596	642	259	157	51	3692	1891	382	159	28	5	209	76	6578	3351	274	121	14	-
Peste	9	-	15	6	74	26	2	2	8	5	182	73	229	90	155	58	115	40	40	14	34	12
Sarampo	32	-	30	-	15	1	10	-	84	-	90	2	15	-	38	-	174	-	21	-	229	12
Varicela	75	-	66	-	45	-	-	-	199	1	96	-	57	-	170	-	229	1	180	-	118	-
Malária	33	-	26	1	25	-	9	1	8	-	19	-	25	-	32	1	29	1	7	-	7	-
Gripe	8	-	27	-	27	3	11	1	14	-	44	-	37	-	28	-	39	-	-	-	13	-
Tuberculose	3	1	1	-	6	1	-	-	8	3	5	1	-	-	5	-	-	-	1	-	32	14
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ap. Respir.	9	3	7	-	13	4	-	-	-	-	-	-	23	11	20	4	49	6	17	3	27	2
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disenterias	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ap. Digest.	57	-	41	1	3	-	27	1	9	-	35	5	110	1	30	1	66	2	18	2	42	3
F. tifóide	-	-	2	-	1	1	3	3	1	-	3	1	2	1	2	-	-	-	1	-	42	-
Erisipela	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	14	-	1	-	2	-
Sífilis	-	-	18	9	-	-	-	-	4	-	-	-	4	-	11	-	37	-	1	-	21	-
Escarlatina	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	-
Mening. Aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	6	-	16	4
Tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomielite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotidite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tracoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alastrim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filariose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doen. de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Soma	1178	396	1818	720	1641	714	614	244	4080	1918	1235	399	586	132	746	164	7337	3403	570	141	558	37
-------------	------	-----	------	-----	------	-----	-----	-----	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	-----	-----	-----	----