

MARIA RENILDA NERY BARRETO

A MEDICINA LUSO-BRASILEIRA

**Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa
(1808–1851)**

Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
História das Ciências de Saúde da
Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ),
como requisito para obtenção do
Grau de Doutor.

Orientador: Professor Doutor LUIZ OTÁVIO FERREIRA

Rio de Janeiro

2005

B273i Barreto, Maria Renilda Nery

A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851) / Maria Renilda Nery Barreto.-- Rio de Janeiro, 2005.
257 fls. : il ; 30 cm.

Tese (Doutor em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, 2005.

Bibliografia: f. 233-256.

1. História da medicina. 2. Hospitais.
 3. Instituições médicas. 4. Santa Casa da Misericórdia.
 5. História. 6. Brasil. 7. Portugal
- I. Título

CDD 610.9

MARIA RENILDA NERY BARRETO

A MEDICINA LUSO-BRASILEIRA: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em História das Ciências de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do Grau de Doutor.

Aprovada em 07 de novembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Mott
Instituto de Saúde – São Paulo

Prof^a Dr^a Lina Maria Brandão de Aras
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol
Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Nara Azevedo Brito
Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira – Orientador
Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2005

À minha extensa e acolhedora família, especialmente meus pais, que sempre primaram por oferecer aos filhos uma educação de qualidade; e ao meu marido, que se tornou historiador ao longo da nossa convivência e dedicou suas férias e finais de semana aos arquivos de Salvador, Lisboa e Paris, coletando fontes primárias e secundárias e sistematizando os dados desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da nossa trajetória pessoal e profissional, adquirimos débitos que se revelam impagáveis, com pessoas que abriram as portas e o coração a fim de tornar a nossa existência mais repleta de sentido. Durante o período desta pesquisa, contei com o apoio irrestrito do orientador e amigo, Luís Otávio Ferreira, um interlocutor permanente nas longas e proveitosas conversas sobre História e Historiografia da Medicina. Muitas das reflexões de Luís incorporei neste trabalho. Lina Aras foi a pessoa que me apresentou ao ofício de historiadora, ainda na graduação, e tornou-se uma companheira de trabalho, de risos e choros, ao longo destes últimos dez anos. Maria Manuel Quintela coloriu a minha estadia em Lisboa e o acolhimento da família Quintela mitigou a saudade do Brasil. Cristiana Bastos me recebeu muito afetosamente, abriu as portas do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e possibilitou meu contato com pessoas e instituições portuguesas. Contei com o auxílio dos colegas Ricardo Andrade dos Anjos, Bruna Ismerin, Cinthia Cunha e Vera Nathalia na exploração dos arquivos baianos.

Sou imensamente grata ao grupo de pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, que muito contribuiu para minhas reflexões; à Dra. Neuza Esteves, do Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia; ao Dr. Francisco D'Orey Manuel e sua equipe do Arquivo e Biblioteca da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; ao

Dr. Antonio Gomes da Costa e demais colaboradores do Real Gabinete Português de Leitura do Rio de Janeiro; ao Dr. José Tavares Carneiro Neto e à Vilma Lima Nonato, da Universidade Federal da Bahia; ao Dr. Fernando Azevedo, da Universidade Católica do Salvador; aos funcionários do Arquivo Nacional da Torre do Tombo, do Arquivo da Universidade de Coimbra, do Arquivo Público do Estado da Bahia, do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, da Fundação Clemente Mariane, do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, da Biblioteca Nacional de Lisboa, da Biblioteca Pública dos Barris, da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, da Biblioteca de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA.

Por fim, meus agradecimentos às instituições que tornaram possível esta pesquisa através da concessão de bolsas de estudos – CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho do Estado do Rio de Janeiro), e as que acreditaram na viabilidade deste projeto – COC/FIOCRUZ (Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz), ICS/UL (Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa) e CEFET/BA (Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia).

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
1 PELOS CAMINHOS DA MEDICINA OITOCENTISTA: LISBOA E SALVADOR NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX	15
1.1 ASPECTOS GERAIS DAS CIÊNCIAS MÉDICAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX	17
1.2 PORTUGAL: DOS SISTEMAS MÉDICOS AO NASCIMENTO DA ANATOMOCLÍNICA.....	25
1.3 MANUEL JOAQUIM HENRIQUES DE PAIVA: UM ELO DA MEDICINA LUSO-BRASILEIRA	33
1.4 A INSTITUIÇÃO DA MEDICINA ACADÊMICA NA BAHIA E A INFLUÊNCIA DA ANATOMIA	40
1.5 O DEBATE ENTRE ANATOMIA PATOLÓGICA E VITALISMO NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA	51
1.6 UM PROJETO HIGIENISTA PARA SALVADOR.....	58
2 O HOSPITAL SÃO JOSÉ	68
2.1 AS MISERICÓRDIAS E O PARADIGMA CARITATIVO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	70
2.2 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE CURA	75
2.3 OUTROS TEMPOS, NOVO REGULAMENTO PARA O HOSPITAL SÃO JOSÉ	80
2.4 A SALUBRIDADE DO HOSPITAL	84
2.5 DOENÇAS, DOENTES E TERAPÊUTICA NAS ENFERMIARIAS DO HOSPITAL SÃO JOSÉ	98
2.6 MARIAS E GERTRUDES NA ENFERMARIA SANTA BÁRBARA: UMA EXPERIÊNCIA ANÁTOMO-CLÍNICA.....	111
2.6.1 A experiência de olhar para dentro do corpo doente	116
3 A OBSTETRÍCIA E SEU AFASTAMENTO DA “ARTE DE PARTEJAR”: O SIGNIFICADO DOS MANUAIS PORTUGUESES DE OBSTETRÍCIA.....	124
3.1 O CIRURGIÃO NA CENA DO PARTO	125
3.2 A OBSTETRÍCIA EM PORTUGAL.....	132
3.3 OS MANUAIS PORTUGUESES DE OBSTETRÍCIA NOS SÉCULOS XVIII E XIX.....	138
4 O HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO: ENTRE A CARIDADE E A MEDICALIZAÇÃO	173
4.1 O CONTATO COM A HISTORIOGRAFIA	175
4.2 A AÇÃO SOCIAL DA MISERICÓRDIA NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE, EM SALVADOR	178
4.3 O FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL.....	181
4.3.1 Os que trabalham	182
4.3.2 O abastecimento do hospital	187
4.3.3 A disciplinarização do hospital.....	191
4.4 O PERFIL DOS DOENTES: HOMENS BRANCOS E MULHERES MISTIÇAS	193
4.4.1 Os europeus	194
4.4.2 Os marítimos.....	198
4.4.3 As mulheres: um grupo em busca de amparo.....	200
4.4.4 Os escravos e os forros	202

4.4.5 As ocupações do universo masculino	206
4.4.6 Do lar para o ganho: as ocupações femininas	207
4.4.7 O enfermo soteropolitano	208
4.4.8 O estado matrimonial.....	211
4.5 DOENÇAS E TERAPÊUTICAS.....	212
4.5.1 As febres.....	214
4.5.2 A tísica	216
4.5.3 As doenças venéreas	219
4.5.4 A alienação	221
4.5.5 As diarreias e outras doenças do sistema gastro-intestinal	223
4.5.6 Feridas, contusões e úlceras.....	223
4.5.7 Fraturas e luxações	225
4.5.8 A hepatite.....	225
4.5.9 Artrite e reumatismo.....	226
4.5.10 Parto e doenças de mulheres.....	226
4.6 A MORTE NAS ENFERMIARIAS FEMININAS.....	228
CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
FONTES PRIMÁRIAS	233
FONTES SECUNDÁRIAS.....	241
ANEXO 1	257

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Local de formação dos professores que lecionaram na Bahia	44
FIGURA 2	O Rossio e o Hospital Real de Todos os Santos – Paineis de Azulejos	72
FIGURA 3	Ocupação do Hospital São José – 1850	100
FIGURA 4	Movimentação de Doentes no Hospital São José – 1853/1855	101
FIGURA 5	<i>Novo Método de Partear</i>	145
FIGURA 6	<i>Breves Instruções Sobre os Partos</i>	152
FIGURA 7	Posições do feto no útero (Figuras I a VI)	153
FIGURA 8	Posições do feto no útero (Figuras VII a XII)	153
FIGURA 9	<i>Atlas de Estampas da Arte Obstetrícia</i>	155
FIGURA 10	Aplicação do fórceps	157
FIGURA 11	“A miraculosa cadeira de Palermo” – século XVIII	163
FIGURA 12	Cadeira de parto desmontável – Alemanha (1780-1850)	166
FIGURA 13	<i>Quadros sinópticos das Moléstias das Mulheres de Parto e dos Recém-nascidos</i>	169

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Produção científica de Manuel Joaquim Henriques de Paiva	34
TABELA 2	Local de formação dos professores que lecionaram na Bahia	43
TABELA 3	Enfermarias do Hospital São José em 1853	98
TABELA 4	Enfermarias do Hospital São José em 1850	99
TABELA 5	Origem dos internos no Hospital São José - 1852	103
TABELA 6	Doenças prevalentes por sexo no Hospital São José – 1º semestre de 1850	104
TABELA 7	Partos no Hospital São José - 1850	105
TABELA 8	Doenças prevalentes e nº óbitos no Hospital São José – 1851 e 1º trimestre de 1852	107
TABELA 9	Ocupações das mulheres enfermas no Hospital São José – 1852	108
TABELA 10	População Feminina da Enfermaria Santa Bárbara – 1852	109
TABELA 11	Movimentação da Enfermaria Santa Bárbara – set/1825 a ago/1826	119
TABELA 12	Leis referentes à saúde em Portugal (1521 a 1810)	136
TABELA 13	Enfermarias do Hospital São Cristóvão em 1840	182
TABELA 14	População de Salvador por freguesias (sexo e cor) – 1855	195
TABELA 15	Sexo dos doentes	196
TABELA 16	Cor dos homens	197
TABELA 17	Naturalidade dos homens	198
TABELA 18	Naturalidade dos homens brancos	199
TABELA 19	Percentual de homens de cor branca que eram marítimos	200
TABELA 20	Cor dos marítimos	200
TABELA 21	Naturalidade dos marítimos de cor branca	200
TABELA 22	Naturalidade das mulheres	202
TABELA 23	Naturalidade das mulheres brancas	202
TABELA 24	Cor das mulheres	202
TABELA 25	Número de cativos chegados à Bahia entre 1846-1850	203
TABELA 26	Condição jurídica dos homens	206
TABELA 27	Condição jurídica das mulheres	206
TABELA 28	Ocupação dos homens	207
TABELA 29	Ocupação das mulheres	208
TABELA 30	Cor dos homens soteropolitanos	210
TABELA 31	Cor das mulheres soteropolitanas	210
TABELA 32	Idade dos homens	211
TABELA 33	Idade das mulheres	211
TABELA 34	Estado matrimonial dos homens	212
TABELA 35	Estado matrimonial das mulheres	212
TABELA 36	Doenças incidentes na população feminina	213
TABELA 37	Doenças incidentes na população masculina	214
TABELA 38	Estatística dos amarílicos tratados pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia entre 01/11/1849 e 15/09/1850	216
TABELA 39	Mortalidade	228

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

- APEB – Arquivo Público do Estado da Bahia
- ACML- Academia das Ciências Médicas (Lisboa)
- ANTT – Arquivo Nacional da Torre do Tombo
- AUC – Arquivos da Universidade de Coimbra
- BN-BR – Biblioteca Nacional do Brasil.
- BN-PT – Biblioteca Nacional de Portugal.
- GMB – Gazeta Médica da Bahia
- GML – Gazeta Médica de Lisboa
- MMB – Memorial de Medicina Brasileiro – Universidade Federal da Bahia.
- RGPL- Real Gabinete Português de Leitura – Rio de Janeiro
- SCMBA – Santa Casa da Misericórdia da Bahia
- SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo comparado das instituições, dos saberes e das práticas médicas em Portugal e no Brasil na primeira metade do século XIX. Em Portugal, selecionamos como *locus* de investigação o Hospital São José, em Lisboa; e no Brasil, o Hospital São Cristóvão, localizado em Salvador - Bahia. Identificamos quais as ferramentas intelectuais utilizadas pelos médicos e cirurgiões para explicar e tratar dos doentes e seus males, questionando a visão corrente da historiografia acerca do “atraso” da medicina luso-brasileira, neste período; quando e por que estes hospitais, que nasceram associados à caridade e foram administrados pela Irmandade da Misericórdia, se transformaram em espaços de cura; e qual o perfil das populações que construíram o cotidiano destes nosocômios.

ABSTRACT

The main subject of the present work was to carry out a comparative study of institutions, medical knowledge and medical practices in Portugal and Brazil, in the first half of the nineteenth century. In Portugal, we selected as research focus the Hospital São José, in Lisbon; in Brazil, we chose the Hospital São Cristóvão, located in Salvador, Bahia. We found the intellectual tools that had been used by physicians and surgeons to explain and to treat sick people and their illnesses, and we questioned the current historiography vision about the “underdevelopment” the Portuguese and Brazilian medicines. We studied also when and why these Hospitals, who were associated to charity when they had been created, became cure spaces, and we described the people who had built the everyday life of the hospitals.

INTRODUÇÃO

O nosso interesse pela História da Medicina na Bahia começou nos anos 90, quando iniciamos as pesquisas preliminares que culminaram no projeto de Mestrado apresentado à Universidade Federal da Bahia em 1997, intitulado *Nascer na Bahia do século XIX*. Naquele momento, pesquisávamos o nascimento na cidade de Salvador, e discutíamos o papel desempenhado pelos profissionais da parturição que atuaram naquela cidade e as relações estabelecidas entre parturientes, parteiras, médicos, recém-nascidos e familiares.

O contato permanente com as fontes primárias em arquivos de Salvador e do Rio de Janeiro revelou uma riqueza de documentos relacionados à prática da medicina no século XIX, especialmente na primeira metade, que ainda não haviam sido explorados pela historiografia. Assim, em 2001, apresentamos um projeto de investigação ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que inicialmente pretendia estudar a população enferma, atendida no Hospital São Cristóvão, administrado pela irmandade da Misericórdia da Bahia, e identificar quais foram as concepções médicas que nortearam a terapêutica empregada. Os livros de internamento de doentes, arrolados no Arquivo da Santa Casa, os periódicos médicos baianos da primeira metade do século XIX e os compêndios de medicina lastreariam a investigação.

No decorrer da pesquisa, algumas questões tornaram-se atraentes demais para serem ignoradas, a exemplo da proximidade entre a medicina acadêmica portuguesa e a medicina brasileira, após 1822. A historiografia brasileira, que trata da medicina no século XIX, tem privilegiado a proximidade científica entre Brasil e França, principalmente, e silenciado com relação a Portugal. Pareceu-nos estranho que a influência portuguesa, que durante séculos moldou a cultura deste lado do Atlântico, perceptível na língua, na organização familiar, religiosa, jurídica e principalmente nas práticas de cura, tenha mergulhado no silêncio absoluto. Quando a investigação é sobre a medicina popular e/ou colonial, a influência lusitana é reconhecida, mas, quando a discussão recai sobre a medicina acadêmica, o silêncio é visível. Pouco se diz, e quando se fala esta fase é chamada de “pré-científica”.

A partir da terceira década do século XIX, os brasileiros passaram a negar o seu passado colonial. Este movimento fazia parte das estratégias de construção do Estado Nacional Brasileiro, onde os contemporâneos sentiam necessidade de aproximação, em todos os níveis, com França e Inglaterra, que eram os Estados consolidados naquele momento. Neste contexto, Portugal representava o “atraso” que precisava ser “esquecido”, enquanto os modelos francês e inglês representavam o “progresso”, “as luzes” que fariam do Brasil uma nação “civilizada”.

No entanto, a independência política do Brasil em 1822 não apagou o contínuo fluxo entre Portugal e Brasil, seja no deslocamento de pessoas e de mercadorias, seja nas trocas culturais. Assim, ampliamos o recorte geográfico da investigação e resolvemos fazer um estudo comparado das instituições, saberes e práticas médicas, em Portugal e no Brasil, na primeira metade do século XIX.

Em Portugal, o *locus* da pesquisa foi o Hospital São José, localizado em Lisboa. Este nosocômio nos daria os elementos para a realização do estudo comparado, uma vez que ele foi administrado pela Misericórdia, sediou o ensino médico-cirúrgico e foi o principal hospital de Lisboa.

A nossa estadia em Lisboa, em 2004, como investigadora visitante do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, que na época desenvolvia, em parceria com a Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o projeto *Saberes médicos e práticas terapêuticas nos espaços de influência e colonização*

portuguesa, permitiu que este ciclo de estudo se fechasse e pudéssemos escrever *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*.

Chamamos atenção do leitor que o estudo comparado da medicina luso-brasileira não estabelece juízo de valor acerca de qual foi mais “avançada” ou “atrasada”. Nosso trabalho revela que Portugal e Brasil estiveram cientes das mudanças operadas nos centros de vanguarda do movimento médico, e elaboraram e reinterpretaram estes saberes à luz das peculiaridades locais. O nosso olhar se voltou para o desdobramento deste conhecimento no ambiente hospitalar e para os elementos catalisadores ou procrastinadores da medicalização dos hospitais.

O recorte cronológico desta pesquisa está focado aos anos de 1808 a 1851, mas algumas vezes estes limites serão rompidos, no intuito de contextualizar determinadas práticas sociais e apreender elementos da longa duração. Admitimos a importância das balizas temporais e espaciais, mas lembramos que todo recorte é arbitrário, apesar do seu valor metodológico.

O século XIX raiou com significativas transformações políticas e sociais. Em 1808, a invasão napoleônica na Península Ibérica foi um divisor de águas, tanto para Portugal, quanto para o Brasil. Esta ação política, que deslocou homens e instituições, provocou mudanças nos rumos da medicina luso-brasileira.

Em meados do século XIX, o mundo foi varrido por epidemias, dentre elas as de febre amarela e cólera morbo. Estes “eventos” trouxeram outras interpretações das doenças e dos doentes, ligadas ao combate das epidemias, à premência de higienização dos centros urbanos, à regulamentação do estilo de vida, da circulação de pessoas e de outros aspectos relacionados à salubridade pública.

Nosso estudo começa com os sistemas e doutrinas vigentes na medicina da primeira metade do século XIX, e como Portugal e Brasil aclimataram estes saberes. Neste momento, entramos na contra-mão da historiografia, ao afirmarmos que Portugal e Brasil não foram consumidores acríticos dos postulados vigentes na França, Grã-Bretanha e Alemanha. Reconstruímos os elos da medicina luso-brasileira, amputados pela memória pós-independência, a partir da formação do corpo docente da Faculdade de Medicina da Bahia e dos

intelectuais e formadores de opinião como Manuel Joaquim Henriques de Paiva, um cientista português, banido para o Brasil pelo conservadorismo político lusitano, e absorvido pela comunidade acadêmica da Bahia.

No segundo capítulo, tratamos do processo de medicalização do Hospital São José e de como este nosocômio trocou o paradigma da caridade pelo da medicina. Ao reconstituirmos a rotina do hospital, foi possível perceber como as concepções teórico-epistemológicas das ciências médicas se desdobraram na *práxis* clínico-cirúrgica. Realizamos também a cartografia dos doentes, das doenças e suas terapêuticas.

A *práxis* clínico-cirúrgica verificada na enfermaria feminina Santa Bárbara revelou uma característica que vai de encontro ao que diz a historiografia sobre o tratamento de mulheres, principalmente quando as enfermidades se relacionam à gravidez, ao parto e às doenças intercorrentes destes. Assim, fez-se mister investigar como cirurgiões e médicos portugueses, no início do século XIX, penetraram numa seara, tradicionalmente feminina e reservada ao espaço doméstico. Este é o tema do capítulo III.

No capítulo IV, trataremos do Hospital São Cristóvão e de como a medicalização foi permeada pela caridade. No esforço de conciliar interesses por vezes conflitantes, o hospital baiano seguiu outros caminhos, diferentes do hospital lisboeta. Ao estudar a população enferma, contrariamos a imagem do hospital reservado aos negros e desvalidos e revelamos que o público doente era composto, em sua maioria, por homens brancos e com ocupação definida.

1 PELOS CAMINHOS DA MEDICINA OITOCENTISTA: LISBOA E SALVADOR¹ NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX

Neste capítulo mostraremos como a medicina praticada em Portugal e no Brasil ao longo do século XIX não esteve descolada dos sistemas e doutrinas médicas que se processaram na Europa como um todo e, em particular, na Holanda, França, Alemanha e Inglaterra. Por suas estruturas políticas, sociais e econômicas, estes países despontaram no cenário das ciências médicas, alternada ou concomitantemente, como centros criadores e propulsores do conhecimento. Mas o fato de Paris, Londres, Leiden, Edimburgo e Montpellier terem sido a vanguarda das teorias e postulados médicos, durante quase todo o século XIX, não quer dizer que as demais nações do continente europeu e também o Brasil mantiveram-se como consumidores acríticos das teorias fomentadas alhures.

Portugal (Lisboa) e Brasil (Salvador), embora não estivessem na dianteira do movimento científico no alvorecer dos Oitocentos, também não ficaram excluídos deste processo. Compreendendo a cultura em sua dimensão dinâmica,

¹ Optamos por tratar da história social da medicina em Salvador e Lisboa, em detrimento de uma abordagem extensiva ao Brasil e Portugal, por considerarmos que, diante das diversidades regionais luso-brasileiras, a generalização não seria apropriada. Além disto, Salvador e Lisboa sediaram cursos para formação de cirurgiões e médicos, e isto implicou na construção de um discurso mais coeso e contundente da medicina acadêmica, bem como da concentração de facultativos.

como um movimento recíproco e contínuo (Ginsburg, 1987), podemos afirmar que, quando o saber deixava seu nicho primário e aportava em outros solos, ele era apropriado e reinterpretado à luz das especificidades locais e regionais.

O saber médico em Lisboa e em Salvador foi mediado pelas escolas de cirurgia e de medicina. Assim, para compreender a epistemologia médica subjacente à *práxis* médico-cirúrgica na primeira metade dos Oitocentos, recorreremos aos movimentos teóricos e doutrinários que se desenvolveram nas escolas de formação de médicos e cirurgiões: em Lisboa, destacamos a Escola Régia de Cirurgia (1825), posteriormente transformada em Escola Médico-Cirúrgica (1836); e, em Salvador, a Escola Médico-Cirúrgica (1815), convertida em Faculdade de Medicina da Bahia (1832)².

Partimos da hipótese de que havia uma intrínseca relação entre Brasil e Portugal no que diz respeito às doutrinas médicas. O ponto de partida foi de certa forma óbvio, visto que, entre 1500 e 1822, o Brasil foi um território de colonização portuguesa, e os médicos e os cirurgiões enviados para exercerem o ofício no Brasil colonial eram representantes de crenças e práticas médicas vigentes na metrópole (Nava, 2003).

Por conseguinte, em 1808, data da chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil, foram criadas as Escolas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, posteriormente transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas³, fundadas e administradas sob a autoridade e legislação portuguesas⁴. E, como as instituições são construídas por pessoas, encontramos o cirurgião, médico, professor, tradutor e autor Manuel Joaquim Henriques de Paiva, um dos mais ativos divulgadores das doutrinas médicas na virada do século XVIII para o XIX, e certamente aquele que introduziu em Portugal, como também na Bahia, alguns sistemas médicos vigentes na Europa. Ele representou um dos elos entre a medicina praticada em Portugal e no Brasil, juntamente com a circulação do saber através da literatura médica, por intermédio dos periódicos e dos livros.

² É importante lembrar que o ensino médico no Brasil começou em 1808, com a fundação da Escola de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro.

³ A do Rio de Janeiro, em 1813; a da Bahia, em 1815 (Santos Filho, 1991).

⁴ As Escolas de Cirurgia do Rio de Janeiro e da Bahia eram regidas pelos estatutos da Universidade de Coimbra.

Para construção do nosso argumento, utilizamos como fontes primárias os periódicos médicos⁵, compêndios utilizados nos cursos de medicina, discursos de abertura de cursos, matrículas de alunos e biografia de médicos. A amostragem reflete a concepção de ciência médica, os marcos conceituais de saúde, doença e terapêutica que vicejaram em Lisboa e em Salvador, e oferece subsídios para confrontar teoria médica e prática hospitalar ao longo desta tese, pois os sistemas e doutrinas vigentes na primeira metade do século XIX desdobraram-se na *práxis* clínico-cirúrgica, no ambiente hospitalar. Em Portugal, o *locus* de operacionalização do saber médico foi o Hospital São José, em Lisboa, e, no Brasil, a observação e análise documental recaiu sobre o Hospital São Cristóvão, em Salvador, ambos administrados pela Irmandade da Misericórdia⁶, tema dos capítulos subseqüentes.

Por ora, nosso desafio foi perceber de que forma os movimentos de vanguarda da medicina Oitocentista foram aclimatados em Portugal e no Brasil, e quais as marcas de um saber endógeno, até então negado pela maior parte dos pesquisadores que se dedicaram à história da medicina na Bahia e em Portugal Oitocentistas⁷.

1.1 ASPECTOS GERAIS DAS CIÊNCIAS MÉDICAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX

No século XVIII, o conhecimento médico esteve demarcado por um conjunto de doutrinas, destacando-se o galenismo, a iatroquímica, a iatromecânica, o vitalismo e a nosotaxia *more botânica*. Essa medicina do Iluminismo esteve pautada em uma sintomatologia e uma nosologia inspirada nas

⁵ Para Lisboa, recorremos à *Gazeta Médica de Lisboa* (1853-1883), embora só tenhamos utilizado os anos de 1853 a 1864; e, para Salvador, selecionamos *O Musaico* (1844-1847), *O Crepúsculo* (1845-1847), *O Horizonte* (1849), *O Athenêo* (1849-1850) e *O Prisma* (1854). Por vezes utilizamos fontes primárias que extrapolaram os anos 50 do século XIX, uma vez que as idéias foram gestadas e escritas por homens que viveram nos limites cronológicos da nossa pesquisa, ou seja, na primeira metade dos Oitocentos.

⁶ O Hospital São José, em Lisboa, deixou de ser administrado pela Misericórdia lisboeta em meados dos anos 30 do século XIX. Em Salvador, isto não ocorreu, sendo a Misericórdia da Bahia responsável pelo Hospital São Cristóvão durante toda a sua existência.

⁷ Os autores seguintes consideram que o Brasil e Portugal possuíam uma medicina "atrasada" ou "pré-científica": Antonio Caldas Coni (1952), Lycurgo Santos Filho (1991), Madel Luz (1982), Marcos Augusto P. Ribeiro (1997), Pedro Mota de Barros (1997/1998), Maximiano Lemos (1991), Silva Carvalho (1929), Margarida Ribeiro (1990), Mary del Priore (1993).

classificações dos naturalistas, retomando a doutrina hipocrática-galênica do humorismo, mescladas aos então emergentes conceitos da física e da química. Todo o esforço era concentrado na construção de sistemas médicos⁸, tendo nas figuras de Boerhaave, Sthal e Hoffmann os principais sistematizadores. Foi no século XIX que a medicina sofreu uma “revolução na arte de curar”, através dos avanços da química, da fisiologia e da bacteriologia.

A tradição galênica permaneceu entre os portugueses até finais do período Setecentista. Em linhas gerais, a medicina de Galeno de Pérgamo (130-201) consistiu em uma sistematização da medicina clássica (greco-romana) e helenística, assentada na doutrina humoral de Hipócrates. Para Galeno, o corpo humano compreendia partes *simples* (carne, veias, ossos, cartilagens etc.) e partes *compostas*, que resultavam da reunião das partes simples (dedos, mãos, braços). As partes simples eram constituídas pelos quatro componentes elementares da matéria (Terra, Água, Ar e Fogo), que por sua vez comunicavam às partes simples e compostas as suas propriedades (calor, frio, seca, e umidade). Essas propriedades foram relacionadas aos quatro *humores* hipocráticos (sangue, pituíta ou fleuma ou catarro, bile amarela e bile negra ou melancolia). Assim, pela síntese galênica, a Água, fria e úmida, se encontrava relacionada com a pituíta ou fleuma; o Ar, úmido e quente, estava ligado ao sangue; a Terra, seca e fria, estava articulada à bile negra; e o Fogo, quente e seco, encontrava-se vinculado à bile amarela (Pita, 2000; Lima, 1995).

A doutrina médica galênica não parava por aí. As funções fisiológicas eram orientadas pelo *espírito vital* (presentes no coração e que abrigava o sangue e o calor do corpo); pelo *espírito natural* (originário no fígado e responsável pelos embaraços nutritivos); e, por fim, pelo *espírito animal* (localizado no cérebro e que respondia pelas sensações e movimentos).

O organismo saudável era aquele onde todas as partes simples formadas pelos quatro elementos (Terra, Água, Ar e Fogo) estavam bem proporcionadas, em equilíbrio com os diferentes humores (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra), e onde os três espíritos (vital, natural e animal) desempenhavam adequadamente suas funções de coordenação dos processos fisiológicos.

⁸ O que chamamos de “sistemas médicos” era definido no século XIX como os modelos que diferentes médicos estabeleciam para a compreensão e tratamento das moléstias.

De acordo com o pensamento galênico, alguns humores tinham certa preponderância sobre outros, e este desequilíbrio proporcionava os *temperamentos*: *sangüíneo* (com predomínio do sangue), *fleumático* (com preponderância da fleuma ou pituíta), *melancólico* (com supremacia da bile negra) e *colérico* (com ascendência da bile amarela) (Pita, 2000).

A doença se instalava no organismo se este estivesse predisposto, a partir de três variantes: *causas externas* (vento, sol, alimento, venenos), *internas* (constituição interna do organismo) e *conjuntas* (junção das causas internas e externas). Muitas vezes os humores estavam relacionados às estações do ano. Assim, as doenças atribuídas ao excesso de fleuma apareciam no Inverno; aquelas provocadas pelo excesso de sangue apareciam na Primavera; as relacionadas à bile amarela se manifestavam no Verão; e no Outono as enfermidades eram provocadas pela bile negra. A idade também era um fator explicativo para os desequilíbrios humorais. Na infância, prevaleciam as doenças relacionadas ao excesso de sangue; na juventude e idade adulta, as doenças estavam correlacionadas aos excessos de bile amarela e negra; e nas idades avançadas, estavam as enfermidades causadas por excesso de fleuma (Pita, 2000; Lima, 1996).

Para restabelecer a saúde no organismo, era possível recorrer à cirurgia, à dietética e à farmácia. O galenismo preconizava que o medicamento deveria provocar efeito contrário aos sintomas da doença, por exemplo, as doenças quentes deveriam ser tratadas com medicamentos frios; as úmidas, com medicamentos secos. Era o princípio hipocrático *contraria contrariis*, que permaneceu como um preceito basilar da terapêutica médica. A terapêutica galênica foi profícua no uso de técnicas e fármacos destinados a evacuar os fluidos do interior do organismo, objetivando equilibrar os humores. Desta forma, defendia a aplicação de purgantes, eméticos, sangrias, clisteres, ventosas e diuréticos (Entralgo, 1978).

Outras doutrinas médicas romperam, ainda nos Setecentos, com a tradição galênica. Estamos nos referindo à iatroquímica, à iatromecânica, ao vitalismo e à nosotaxia *more botânico*, também conhecida como nosotaxia histórico-natural.

A iatroquímica foi o primeiro sistema moderno que rompeu totalmente com o galenismo. Foi estruturado pelo holandês Franz de la Bøe (Sílvio, 1614-1672) e pelo inglês Thomas Willis (1621-1675), e expressou um esforço de integração dos resultados das principais correntes médicas renovadoras de então. Incorporou as interpretações químicas dos processos fisiológicos, patológicos e terapêuticos mantidas pelos seguidores de Paracelso (1493-1541). Eliminou os princípios vitalistas e metafísicos próprios de todas as derivações da alquimia, e os substituiu pelo mecanismo cartesiano e atomista e pelo indutivismo de Bacon. Associou a nova anatomia, derivada da reforma Vesaliana, baseada na dissecação de cadáveres humanos, a doutrina da circulação do sangue formulada por William Harvey (1578-1675) e outros descobrimentos fisiológicos, bem como, a observação clínica e a indagação necrópsia de lesões anatômicas internas (Piñero, 1985).

Da obra de Franz de la Bøe emerge a idéia de *fermentatio*, ou seja, a fermentação, que significava uma transformação por via química, considerada imprescindível para compreender as transformações orgânicas. As doenças tinham origem em alterações químicas verificadas no interior do organismo, resultantes das alterações fermentativas, que podiam ser ácidas ou básicas. Para as patologias, interpretadas como alterações ou desequilíbrios químicos dos líquidos do organismo, a terapêutica consistia na aplicação de recursos dietéticos, cirúrgicos e medicamentosos, sobressaindo os de origem química (Pita, 2000).

A iatromecânica buscava uma interpretação fisicista do corpo humano e das suas enfermidades, ancorada no mecanicismo cartesiano e na física newtoniana. Alguns estudiosos da ciência barroca (século XVII) se basearam na aplicação do modelo físico-matemático galileano à medicina, a exemplo de Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679) em Florença, que chegou a interpretar mecanicamente a fisiologia muscular. Outros se limitaram a desenvolver de modo especulativo a concepção radicalmente mecanicista do organismo contida no pensamento cartesiano (Piñero, 1985). O conceito de humor, base do galenismo, foi substituído pelo de *fibra*, compreendida como o elemento fundamental do organismo.

A iatromecânica e o cartesianismo muito influenciaram o sistema do holandês Hermann Boerhaave (1668-1738), o mais influente dos formuladores na

transição do século XVII para o XVIII, que chegou a ser chamado de *communis Europae praeceptor*. Este clínico situou em primeiro plano o programa que havia proposto o inglês Sydenham e fez escola em Portugal, tendo em Antônio Nunes Ribeiro Sanches (1699-1783)⁹ um dos principais adeptos do boerhaavianismo.

Thomas Sydenham (1624-1698)¹⁰ fundamentou a patologia na observação clínica e introduziu o conceito de *espécie morbosa*, iniciando assim a nosografia moderna. Para ele, a doença era uma manifestação do esforço realizado pela natureza para destruir a espécie morbosa e recuperar a saúde. Por isso, o médico deveria identificar as doenças e classificá-las tal como os naturalistas fizeram com as plantas. Para isso, eram necessários a observação do doente, o registro dos sintomas específicos e gerais de cada doença, a relação destas com o máximo de indicativos ambientais, a exemplo da temperatura e das estações do ano. Ele classificou as doenças em *agudas* (a exemplo das febres, provocadas pela influência do meio ambiente e pela constituição do doente) e *crônicas* (resultantes do regime de vida). Como terapêutica, Sydenham prescrevia os exercícios físicos, uma dieta adequada, sangrias para doenças agudas, purgantes e diuréticos. Os medicamentos eram preferencialmente de origem vegetal, e dentre as matérias-primas estavam o ferro, a quina, o mercúrio, o açafraão, a jalapa, o gálbano etc. (Pita, 2000). Esta concepção abriu caminhos para uma ruptura com o galenismo, fornecendo os subsídios necessários para o surgimento da higiene.

⁹ Estudou na Universidade de Coimbra entre 1716 a 1719, mas finalizou o curso de medicina em 1724 na Universidade de Salamanca, onde exerceu a profissão durante dois anos. Em 1726, devido à perseguição que os judeus sofreram em Portugal, ele saiu do país e fixou-se na Holanda, onde manteve contato com Boerhaave. Viajou pela Inglaterra, França e Holanda, vindo a fixar-se na Rússia, onde se tornou médico do exército, e depois do Corpo Imperial dos Cadetes de São Petersburgo (colégio reservado à mais alta aristocracia russa), tendo por último sido nomeado médico da czarina Ana Ivanovna. Foi Conselheiro da corte na Rússia, e depois de passar aí quase duas décadas, fixou-se em Paris, em 1747. Sustentou correspondência com diversos cientistas, dentre eles seu sobrinho Manuel Joaquim Henriques de Paiva. Foi autor de diversas obras e um estudioso das doenças venéreas, discordou da teoria vigente que dizia ser a sífilis originária da América. Para ele a doença já era conhecida na Itália (Lemos, 1991). Existem vários trabalhos publicados em Portugal sobre a vida e obra de Ribeiro Sanches, dentre os quais sugerimos Maximiano Lemos – *Ribeiro Sanches. A sua vida e a sua obra* (1911). Agradecemos a Dr^a Graça Almeida Rodrigues, que nos colocou em contato com o diário de Ribeiro Sanches, com anotações feitas à mão, contendo a rotina deste médico durante o período que viveu em Paris. Todavia, não exploramos este documento inédito, nesta tese, por limites temporais.

¹⁰ Nasceu em Windford Eagle, no condado de Dorsetshire, em 1624, tomou o grau de Bacharel em Oxford e o de doutor em Cambridge.

Voltando a Boerhaave, o seu sistema médico articulou certos fundamentos galênicos, o sistema iatromecânico e alguns postulados de Sydenham, principalmente a fundamentação de uma patologia baseada na observação clínica. Por conta deste último elemento, “era importante examinar minuciosamente o doente, e o hospital era o observatório que fortalecia a experiência clínica” (Entralgo, 1978, p. 337-340). A Universidade de Coimbra, única do território português a oferecer ensino superior até o século XIX¹¹ – embora pesem as tentativas de instituir o grau universitário no Mosteiro da Costa em Guimarães e em Évora – ao empreender sua reforma em 1772, sob orientação pombalina, esteve impregnada da doutrina boerhaaviana, introduzida por Ribeiro Sanches¹².

A nosotaxia *more botanico* ou histórico-natural teve como ponto de partida o conceito de *espécie morbosa* de Sydenham, agregado à sistemática classificatória que Lineu (Carl von Linné, 1707-1778) desenvolveu para os três reinos da natureza: animal, vegetal e mineral. Consistia em construir classificações das enfermidades semelhantes à classificação dos botânicos, estruturadas em espécies, gêneros, famílias, ordens e classes (Piñero, 1985)¹³.

Os vitalistas se situaram no meio termo entre o mecanicismo e o animismo de Sthal para justificarem os processos fisiológicos e patológicos e, em último extremo, a consciência da vida. Negavam-se a reduzir o ser vivo em estado de saúde ou enfermidade a uma máquina física ou química. Desejavam explicar a vida mediante um “princípio” ou “força” existente no corpo. Um dos grandes suportes explicativos da doutrina vitalista foi o conceito de “irritabilidade”, grande

¹¹ A Universidade de Coimbra foi a única instituição a formar médicos em Portugal até o século XIX. Criada em 1290, funcionou na cidade de Lisboa até 1308, momento em que foi transferida para a pequena cidade de Coimbra. Esta foi praticamente a única instituição do gênero em Portugal até 1911, uma vez que a Universidade de Évora, fundada na segunda metade do século XVI pelos jesuítas, foi fechada quando da expulsão dos mesmos (Verger, 1990). Em 1825 foram fundadas as Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto, transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas no ano de 1836 e finalmente em Faculdades de Medicina no ano de 1911. Só neste ano, com o ato do Governo Provisório da República, os alunos do Porto e de Lisboa passaram a obter o título de médico.

¹² Para aprofundar esta discussão ver Pita (1996), Araújo (1984) e Carvalho (1929).

¹³ Londa Schiebinger (1998) estudou como a botânica moderna fez uso de metáforas para introduzir as noções de reprodução das plantas e o uso implícito do gênero para estruturar a sua taxionomia. A autora sustenta a tese de que é possível analisar as diferenças entre os sexos e perceber o debate em torno das “questões de mulher” através das metáforas e da linguagem antropomórfica presentes nas obras dos botânicos dos séculos XVII e XVIII.

tema teórico da medicina e da biologia européias da segunda metade do século XVIII, cujo principal formulador foi Albrecht von Haller (1708-1777).

As escolas de Montpellier e Edimburgo foram os principais centros do vitalismo médico. Em Montpellier, o ápice do vitalismo culminou com a obra de Paul Josep Barthez (1734-1806), que defendeu o *principe vital* (princípio vital) como causa de todos os fenômenos biológicos do corpo humano. Quanto às doenças, Barthez era localista e se esforçou em explicar as enfermidades em cada parte do corpo, usando o método analítico de Condillac. William Cullen (1712-1790)¹⁴, cabeça do vitalismo escocês, formulou um sistema segundo o qual as propriedades vitais eram transmitidas aos tecidos orgânicos pelo sistema nervoso, mediante um fluído semelhante ao éter de Newton. Para Cullen, a enfermidade era um transtorno generalizado do conjunto do organismo (Piñero, 1985).

No apagar das luzes do século XVIII, o vitalismo e a nosotaxia *more botanico* eram as duas correntes médicas de maior vigor. A diversificação de doutrinas médicas (iatrofísica, iatroquímica, vitalismo, teoria da excitabilidade orgânica) e os antagonismos dos seus crédulos expressaram a incapacidade dos médicos de estabelecerem as bases sólidas sobre as quais a medicina pudesse tornar-se uma prática intelectualmente unificada (Ferreira, 1993).

Foi ao longo do século XIX que a medicina conseguiu elaborar uma explicação científica sobre a enfermidade, que superou por completo o galenismo e o enfoque peculiar de um autor ou de uma escola. Isto se explica pelo fato da patologia ter se assentado em aportes conceituais e metodológicos, capazes de resistir ao enfrentamento dialético entre os movimentos ditos renovadores - os sistemas - e a medicina tradicional (Piñero, 1985).

O principal desafio deste período era tornar a medicina, em particular a patologia, o mais próxima possível das ciências laboratoriais e das ciências físico-químicas. Essas transformações começaram logo nas primeiras décadas Oitocentistas, seguindo a trilha da mentalidade anatomoclínica de natureza fundamentalmente morfológica, demarcada por François-Xavier Bichat (1771-

¹⁴ Cullen doutorou-se em 1740 na cidade de Glasgow. Dezesseis anos mais tarde foi para Edimburgo, onde assumiu as cátedras de Química, Teoria e Prática da Medicina e Botânica. Sua obra *First lines of Physic* (1776) foi um clássico do ensino médico para a época (Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/William_Cullen>. Acesso em: 3 jun. 2005).

1802), aquele que definiu a doença como resultado de uma lesão anatômica (Pita, 2000).

A primeira metade do século XIX esteve fortemente marcada pela vigência do método anatomoclínico. Este método consistia em relacionar os fenômenos que a observação clínica permitia reconhecer nos enfermos às alterações estruturais ou lesões anatômicas reveladas pela autópsia *post mortem*. Neste período, tradicionalmente chamado de ciência do Romantismo¹⁵, Paris foi o centro do movimento anatomoclínico, e teve em Philippe Pinel (1745-1826), Nicolas Corvisart (1755-1821), René Théophile Laennec 1781-1826), François Broussais (1772-1838), Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) e François Magendie (1783-1855) os seus principais postuladores.

Dos representantes do movimento anatomoclínico parisiense, daremos destaque a François Joseph Victor Broussais pela repercussão dos seus postulados médicos no Brasil e em Portugal. Broussais atacou furiosamente toda a medicina anterior à sua época, desde Hipócrates até a medicina francesa, espanhola, italiana e inglesa do começo do século XIX. Ele defendia que a vida estava determinada e mantida pela “irritação” que os estímulos exteriores produziam no organismo, principalmente através do eixo respiratório e do tubo digestivo: a irritação excessiva deste último acabava se transformando em inflamação, que por simpatia e através do sistema nervoso atuava por todo o organismo, provocando os sintomas gerais. Neste esquema explicativo das enfermidades, estão bem visíveis as teorias de John Brown (1735-1788) e o conceito de “vida”, próprio do pensamento de Bichat, agregado a um terceiro elemento: a explicação das enfermidades mediante lesões anatômicas localizadas nos tecidos e nos órgãos (Entralgo, 1978). A terapêutica postulada por Broussais baseava-se no uso intenso das sangrias e em dieta alimentar rigorosa. Era o método antiflogístico e debilitante.

No final do século XVIII, o Inglês John Brown elaborou um sistema propagado na Itália, Alemanha e Áustria. Ele afirmava que a vida não era um estado normal espontâneo, mas um estado forçado mantido à custa de estímulos contínuos. O estado de saúde era constituído pela excitabilidade normal dos

¹⁵ Esta classificação é utilizada por Desiderio Papp em *Vision sinóptica de la ciencia del romanticismo* (1800-1848) (Entralgo, 1981).

órgãos e uma dosagem apropriada de estímulos. Todo desvio do estado de excitação normal, ou seja, toda desproporção entre estímulo e excitabilidade, resultava num estado mórbido que poderia ser *estênico* (se a excitação fosse demasiadamente forte) ou *astênico* (se a excitação fosse fraca) – teoria da excitabilidade. O diagnóstico dependia principalmente do pulso e da temperatura. Para a terapêutica, Brown prescrevia sedativos nos casos de estenia e estimulantes no caso de astenia (Ferreira, 1993).

A grande limitação de Broussais foi o caráter puramente especulativo da fisiologia que utilizou. Porém, sua doutrina influenciou bastante todas as nações da Europa, onde teve seguidores que traduziram seus escritos. Depois de 1830, seu pensamento caiu em descrédito e seus opositores eram partidários de uma investigação anatomoclínica mais crítica e rigorosa, como Bayle, Laennec e Louis (Piñero, 1985). Embora seu prestígio político e científico tenha declinado na década de 30 do século XIX, sua influência se estendeu por mais alguns anos e, a partir dos brousseístas ortodoxos, os elementos de sua obra foram assimilados por seguidores independentes.

Em meados do século XIX, o cenário central do desenvolvimento das ciências médicas desloca-se da França para a Alemanha, e apresenta como objetivo maior a formulação de uma explicação científica das enfermidades pautada nos saberes físicos, químicos e biológicos.

Para Foucault (1998), a partir de Bichat criou-se um novo fundamento para a ordenação das doenças; de Sydenham a Pinel, a enfermidade se originou e se configurou em uma estrutura geral de racionalidade. Estas mudanças deram origem a um novo estatuto epistemológico que pôs fim aos sistemas médicos vigentes ao longo do século XVIII, quando o resultado do contato teórico da clínica somou-se aos resultados da anatomia patológica.

1.2 PORTUGAL: DOS SISTEMAS MÉDICOS AO NASCIMENTO DA ANATOMOCLÍNICA

Desde fins do século XVIII que a medicina portuguesa havia se lançado em um movimento de ebulição intelectual, na tentativa de acompanhar as tendências européias. Este esforço traduziu-se na fundação de grande número de

publicações, na criação das academias científicas¹⁶, no aparecimento do jornalismo médico¹⁷, e nas reformas introduzidas no ensino cirúrgico em Lisboa e no ensino médico em Coimbra (Lemos, 1991; Carvalho, 1929).

O crescimento do periodismo médico durante o século XIX reflete o esforço da medicina portuguesa em divulgar as novidades científicas ocorridas dentro e fora do país¹⁸. Em suas páginas publicavam-se memórias, extratos de matérias médicas circulantes no exterior e em Portugal, estatísticas médicas, notícias sobre epidemias, biografias de médicos ilustres, descrições de casos clínicos e cirúrgicos, notícias sobre epidemias, medidas de salubridade pública, emprego de substâncias medicamentosas, extrato de jornais estrangeiros, correspondência recebida, discussões acerca dos cursos de medicina e cirurgia, seção de variedades, dentre outros tópicos.

Esta inclinação da comunidade científica portuguesa de se manter em dia com as inovações científicas que vinham a lume foi constante nos Oitocentos. A atualização se deu através de viagens científicas, dos estágios em laboratórios

¹⁶ Em 1720, foi criada a *Academia Real da História Portuguesa*, que teve vida curta e se extinguiu após o terremoto de 1755; em 1748, fundou-se a *Academia Cirúrgica Protótipo Lusitânica Portuense*, com o objetivo de discutir sobre o método mais adequado de tratar as doenças cirúrgicas; em 1759, Manuel Gomes de Lima fundou a *Academia Real Cirúrgica Portuense* com a sanção de D. José. A admissão na Sociedade se fazia à semelhança do Colégio dos Cirurgiões de São Cosme, em Paris. O seu objetivo era aperfeiçoar a teoria e a prática da cirurgia e, segundo esta trilha, elaborar um compêndio de Anatomia e outros de Cirurgia, bem como ministrar aulas de Anatomia, Cirurgia e de Arte Obstétrica; em 1779, foi criada a *Academia das Ciências de Lisboa*, que tinha por finalidade estudar a meteorologia, a química, a botânica e a história natural, o que de fato muito contribuiu para o incremento das ciências médicas.

¹⁷ Em 1749, Gomes de Lima fundou o primeiro periódico médico português – *Zodiaco Lusitano Délfico* – como órgão da Academia Médico-Portopolitana. Em 1762, foi lançada a *Gazeta Literária* por Bernardo de Lima que, embora não sendo propriamente um jornal médico, trazia uma seção de medicina; em 1764, surge o *Diário Universal de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, órgão da Academia Real Cirúrgica Portuense; em 1792, publicou-se no Porto o *Ano Médico* (Caeiro, 1979). Sobre este assunto, ver também A. X. da Silva Pereira em *O Jornalismo Português* (1896) e André Belo em *As Gazetas e os Livros* (2001).

¹⁸ Na primeira metade do século XIX foram publicados os seguintes jornais médios: *Periódico Médico Escrito em Dialeto Galego* (Porto, 1820-1821), *Anais da Medicina Dinâmica* (Lisboa, 1832), *Repositório Literário da Sociedade de Ciências Médicas e de Literatura do Porto* (Porto, 1834), *Jornal Médico, Cirúrgico e Farmacêutico de Lisboa* (Lisboa, 1835-1837), *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa* (Lisboa, 1835), *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* (Lisboa, 1836), *Anais do Conselho e Saúde Pública do Reino* (Lisboa, 1838-1842), *Anais das Ciências Médicas* (Coimbra (?), 1838), *Medicina Portuguesa* (Lisboa, 1839), *Gazeta Médica do Porto* (Porto, 1842-1853), *Jornal dos Facultativos Militares* (Lisboa, 1843-1849), *O Escholiaste Medico* (Lisboa, 1851-1869), *Revista Médica de Lisboa* (Lisboa, 1844-1846), *Registro Médico do dr. Lima Leitão* (Lisboa, 1847-1848), *Zacauto Lusitano* (Lisboa, 1849), *O Esculápio* (Lisboa, 1849-1854). As informações aqui citadas foram retiradas de Lopes (1897).

estrangeiros, hospitais e universidades europeias¹⁹, precisamente na França e na Alemanha (Pereira e Pita, 1998) e, reafirmamos, através da imprensa médica.

Quanto às doutrinas médicas vigentes, o galenismo foi soberano nas terras lusitanas até finais do século XVIII e início do XIX²⁰, apesar da circulação, em meados dos Setecentos, dos postulados médicos das escolas de Londres, de Edimburgo, da Dinamarca e dos Países Baixos, através das obras de Jacob de Castro Sarmiento (1691(?)-1762(?))²¹, Antonio Nunes Ribeiro Sanches e João Mendes Sachetti Barbosa (1714-1774(?))²².

Com a reforma do ensino médico, iniciada pela Universidade de Coimbra em 1772²³, deu-se a circulação dos sistemas iatroquímico, iatromecânico e vitalista. Neste período de mudanças na epistemologia do saber médico, prevaleceram, ao menos para aqueles formados pela Universidade de Coimbra, as doutrinas de Boerhaave. A instabilidade política que perpassou toda a primeira metade do século XIX português conteve o espírito reformista do ensino médico em Coimbra.

Um dos difusores da doutrina de Brown, em língua portuguesa, foi Manuel Joaquim Henriques de Paiva (1752-1829), tido como o principal propagador das idéias médicas de vanguarda, em território lusitano, na virada dos séculos XVIII para o XIX, traduzindo cerca de meia centena de títulos que interessavam à

¹⁹ Nas primeiras décadas do século XIX, algumas comissões de médicos foram enviadas para Paris, com o intuito aprender os postulados de Corvisart e Laennec (Carvalho, 1929).

²⁰ Vide Lemos (1991) e Carvalho (1929).

²¹ Médico português, de origem judaica, estudou Medicina na Universidade de Évora e, posteriormente, em Coimbra, onde se licenciou em Medicina. Fugindo ao clima de intolerância religiosa, abandonou Portugal em 1721, fixando-se em Londres como rabi dos judeus portugueses. Foi membro do Colégio Real dos Médicos de Londres, sócio da Royal Society e membro do corpo docente da Universidade de Aberdeen, na Escócia (Disponível em: <<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/filosofia/ilu9.html>>. Acesso em: 19 ago. 2005).

²² Nasceu em Estremoz em 1714, formou-se em Medicina em Coimbra, exerceu a clínica no Alentejo e depois se fixou em Lisboa em 1755. Em 1758, tornou-se médico da Casa Real e da Câmara do Infante D. Manuel e cavaleiro e fidalgo da Casa Real. Em 1759, foi feito cavaleiro da Ordem de Cristo e, em 1762, nomeado Físico-Mor do Exército durante a guerra de 1762. Em 1763, caiu em desgraça e foi demitido da sua posição, depois de ter estado preso durante quatro meses e meio. (Disponível em: <<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/ciencia/p3.html>>. Acesso em: 21 ago. 2005).

²³ O governo encarregou Ribeiro Sanches de apresentar as bases da reforma no ensino médico, exposta na obra *Methodo de Aprender e Estudar a Medicina* (1763). Os pontos capitais da reforma proposta por Ribeiro Sanches foram: um maior desenvolvimento dado aos estudos das ciências acessórias (física, química, história natural), a feição prática do ensino pela criação dos hospitais, de laboratórios e de jardins botânicos, a introdução do sistema de Boerhaave, e que a medicina e a cirurgia deveriam ser estudadas e exercidas conjuntamente (Lemos, 1991).

medicina (Pita, 1996). Ele foi o responsável pela introdução da doutrina browniana na literatura médica portuguesa e também no Brasil²⁴.

A influência do sistema médico de Broussais em Portugal e no Brasil foi muito semelhante, conforme se pode constatar ao longo deste trabalho. No Hospital São José, os facultativos usaram e abusaram do método antiflogístico para o tratamento das doenças dependentes da irritação do aparelho digestivo; empregavam como terapêutica universal as evacuações sangüíneas, os demulcentes²⁵ e as dietas austeras. Em 1849, foram pedidas para as enfermarias do Hospital São José 83.131 sanguessugas; em 1850, o hospital adquiriu 59.540; houve uma redução significativa em 1851, com 27.036 bichas; e em 1852 foram solicitadas 21.853 (GML, 01/10/1853). Este decréscimo das sanguessugas expressa a substituição destas por ventosas escarificadas e reflete o declínio do método antiflogístico.

A medicina portuguesa na primeira metade do século XIX não esteve alijada do paradigma da higiene pública vigente entre fins do século XVIII e início do XIX, que buscava estabelecer uma relação causal entre doença, natureza e sociedade²⁶. E a imprensa médica portuguesa, representada pela *Gazeta Médica de Lisboa*, se posicionou no sentido de buscar sensibilizar os seus pares no intuito de cultivarem a estatística médica, a climatologia, a topografia e a clínica, enquanto disciplinas necessárias à higiene.

O dr. Francisco José da Cunha Vianna, médico do Hospital São José e também redator da *Gazeta Médica de Lisboa*, foi um defensor da necessidade do uso da estatística médica como elemento auxiliar dos próprios facultativos, da medicina e do governo, e como “base das discussões dos diferentes pontos controversos de higiene.” (GML, 16/09/1853, p. 243)

Nas páginas da *Gazeta Médica de Lisboa* eram publicados os dados climatológicos de Lisboa, o estado sanitário da cidade, estatísticas necrológicas por bairros, alguns estudos topográficos e meteorológicos²⁷ e muitos estudos

²⁴ Para maiores detalhes sobre este assunto ver, neste trabalho, *Henriques de Paiva: um elo da medicina luso-brasileira*.

²⁵ Substância ou medicamento que amolece ou abranda uma inflamação (Holanda, *Dicionário eletrônico*).

²⁶ Sobre esta questão, ver Crespo (1990).

²⁷ Estes dados eram coletados pela Escola Médico-Cirúrgica do Hospital São José e pela Escola Politécnica.

clínicos, pautando-se nas estatísticas do Hospital São José. Esta orientação reflete uma ruptura da medicina Oitocentista com o empirismo²⁸, que até o século XVIII esteve na base de qualquer sistema médico adotado em terras lusitanas.

A higiene despontou, em fins do século XVIII, como pauta da agenda médica presente nos trabalhos de Francisco da Fonseca Henriques (1665-1731)²⁹, Brás Luís de Abreu (?-1756)³⁰, Martinho de Mendonça de Pina e Proença (1693-1743)³¹, Manuel da Silva Leitão e Ribeiro Sanches, com o seu *Tratado de Conservação da Saúde dos Povos* (Lemos, op. cit.).

Havia uma preocupação com a profilaxia das doenças contagiosas, especialmente as exóticas, com o estudo da atmosfera, das águas, das habitações, dos hospitais, das prisões, dos portos, da alimentação, das atividades físicas e da higiene pessoal.

Em decorrência da preocupação com as doenças contagiosas, a vacina foi introduzida em Portugal em meados do século XVIII. Organizou-se em Lisboa um hospital especial (1796) destinado à variolização, experiência realizada durante três anos (1796-1798) e, ao cabo destes, reconheceu-se que as crianças inoculadas estavam imunes ou apresentavam erupções variólicas sem grande importância.

A primeira publicação em Portugal, relacionada à vacina, foi feita pelo médico alemão que exercia a clínica em Lisboa, dr. Domeier, em 1801. Henriques

²⁸ Aqui usamos o empirismo em sua concepção filosófica, que afirma ser a experiência dos sentidos a única fonte do conhecimento. O empirismo médico racionalizado baseava-se na observação, descrição cuidadosa e ensaios relativamente simples sobre as doenças sem se deter na origem destas, como expressou Laennec (Entralgo, op. cit.).

²⁹ Médico português nascido em Mirandela, Trás-os-Montes, e daí o acréscimo do cognome de *Mirandela*. Foi o mais notável representante do iatroquimismo de Silvío de la Bõe, e a terapêutica por ele adotada consistia em sangria, purgantes, expectorantes, no ópio e na quina, não desprezando as escarificações e os fontículos. (Lemos, op. cit.).

³⁰ Teria nascido em Vila Nova de Ourém, pelos últimos anos de Seiscentos, filho de uma família perseguida pela Inquisição. Frequentou Medicina na Universidade de Coimbra, exercendo a profissão em Lisboa, onde foi médico de D. João V, em Aveiro, no Porto e novamente em Aveiro, onde se fixou (1726/1727). Foi médico notabilíssimo e deixou escritos sobre matérias diversas, entre elas a Medicina, salientando-se o *Portugal Médico*. Por volta de 1734 já havia adotado a vida conventual, sendo aceito pelo Convento Franciscano de Santo Antônio. (Disponível em: <<http://aveirana.doc.ua.pt/drbrasabreu.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2005).

³¹ Nasceu nos arredores da Guarda, foi pedagogo e pensador, e participou ativamente do alvorecer do Iluminismo em Portugal, nomeadamente pela divulgação do pensamento pedagógico de Locke, Fénelon e Rollin. (Disponível em: <<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/filosofia/ilu2.html>>. Acesso em: 21 ago. 2005).

de Paiva³² e João Antônio Monteiro (1769-1834)³³ foram encarregados de estudar este tema. A vacina se propagou em Portugal no início do século XIX, e por todo o país se ia vacinando. Em 1812, Bernardino Antônio Gomes [o pai] (1768-1823)³⁴ promovia a criação da Instituição Vacínica, sob a proteção da Academia Real das Ciências, que remetia para toda parte do Reino lâminas com vacina, principalmente para o Brasil (Lemos, op. cit.).

O estudo da anatomia e o ensino de cirurgia fizeram parte da rotina do Hospital São José, quando este ainda chamava-se Hospital Real de Todos os Santos, desde o início do século XVI. Pelo Regimento Manuelino, o hospital teria dois cirurgiões e, estes, deveriam ter dois “moços”, que recebiam lições diárias (Santos, 1925) e, após um aprendizado de dois anos, recebiam uma carta de cirurgião (Carvalho, 1929).

O ensino de cirurgia e anatomia no Hospital São José foi marcadamente prático, aproveitando-se os casos ocorridos nas enfermarias, e especialmente na sala do Banco³⁵. O cirurgião Manuel Constâncio Alves (1725-1817)³⁶ introduziu

³² A partir deste estudo, Henriques de Paiva publicou: *Preservativo das bexigas e dos seus terríveis estragos, ou história da origem e descobrimento da vacina, dos seus efeitos ou sintomas e do método de fazer a vacina*. Lisboa: Oficina de João Procópio Corrêa da Silva, 1801.

³³ Tornou-se doutor em Filosofia pela Universidade de Coimbra em 1791, sendo, pouco depois, ali admitido como lente da cadeira de mineralogia. Em 1804, deixou Portugal para continuar seus estudos no exterior e empreendeu uma longa viagem científica por diversos países da Europa. Na Alemanha, freqüentou as lições de Werner, em Freyberg. Deixou inúmeros trabalhos científicos dispersos em revistas e opúsculos e jamais retornou a Portugal, falecendo em Paris, em 1834. (Disponível em: <<http://www.ceha-madeira.net/elucidario/m/mon24.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2005).

³⁴ Nasceu em Paredes de Coura, filho de José Manuel Gomes, médico no distrito de Viana do Castelo, e de Josefa Maria Clara. Foi pai de Bernardino Antônio Gomes (1806-1877), também médico. Bernardino [pai] formou-se em medicina pela Universidade de Coimbra em 1793, foi médico, higienista, químico, botânico e parasitologista. Concluído o curso, foi trabalhar como médico na comarca de Aveiro. Em 1797, foi nomeado cirurgião da Armada Real com o posto de capitão de fragata graduado e foi para o Brasil, onde permaneceu até finais de 1801. Em 1802, foi encarregado de debelar uma epidemia de febre tifóide a bordo de uma esquadra portuguesa, no estreito de Gibraltar. Dispensado do serviço no mar, passou a trabalhar no Hospital da Marinha e no Hospital Militar de Lisboa. Em 1812, tornou-se membro efetivo da Academia Real das Ciências de Lisboa, onde promoveu a criação da Instituição Vacínica, que se dedicava à vacinação antivariólica. Em 1817, foi designado para prestar serviços médicos à princesa Leopoldina da Áustria, noiva de D. Pedro, futuro Imperador do Brasil, quando esta se deslocou de Livorno para o Rio de Janeiro, aí permanecendo seis meses. Morreu a 13 de Janeiro de 1823, com 54 anos de idade. (Disponível em: <<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/ciencia/p21.html>>. Acesso em: 21 ago. 2005).

³⁵ Sobre a sala do Banco do Hospital São José, vide o capítulo II.

em suas aulas de anatomia a obrigatoriedade de autopsiar os doentes que morriam nas enfermarias destinadas ao ensino, e de verificar no cadáver as lesões que correspondiam às doenças observadas. Alguns dos cirurgiões formados na Escola do Hospital São José, alunos de Manuel Constâncio Alves, foram enviados para Londres e Edimburgo com o objetivo de conhecer as mais recentes técnicas e saberes cirúrgicos (Lemos, op. cit.; Carvalho, 1929).

O aprendizado “ao pé do leito” do paciente, com ênfase nas aulas práticas, foi reforçado em 1825, com a fundação das Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e do Porto. A Reforma de Passos Manuel, em 1836, ao transformar as Escolas Régias em Escolas Médico-Cirúrgicas, pôs fim, pelo menos ao nível da formação acadêmica, nas diferenças entre médicos e cirurgiões.

O curso cirúrgico de Lisboa foi inaugurado a 27 de setembro de 1825, compreendendo o estudo de Anatomia, Fisiologia, Matéria Médica, Farmácia, Higiene, Patologia Externa, Terapêutica, Arte Obstetrícia, Medicina Operatória, Clínica Cirúrgica, Patologia Interna e Clínica Médica, ao longo de cinco anos. O programa de formação deu ênfase ao ensino prático. Datam deste período a produção dos compêndios médicos e as traduções dos tratados estrangeiros, já numerosos no fim do século XVIII e princípio do XIX³⁷.

Os estudantes de medicina e cirurgia de Coimbra, Lisboa e Porto aprendiam Anatomia pela obra de Francisco Soares Santos - *Elementos da Anatomia*, que resumia os conhecimentos anatômicos da época, incluindo as noções de tecido, postuladas por Bichat. Nos estudos de patologia e fisiologia, encontramos as traduções das obras de Cullen - *Elementos de Medicina Prática* e *Elementos de Fisiologia*, esta última traduzida por Francisco José de Paula, discípulo do cirurgião Manuel Constâncio Alves que, depois de ter concluído seu curso de cirurgia no Hospital São José, foi completar os estudos em Edimburgo.

³⁶ Manuel Constâncio Alves nasceu em Sentieiras, junto a Abrantes (Portugal), em 1725. Começou os estudos de Cirurgia no Hospital da Vila de Abrantes e depois se dirigiu a Lisboa, onde se dedicou ao estudo do francês, para tomar contato com obras produzidas em França. Foi professor de Cirurgia no Hospital Real de Todos os Santos e influenciou uma geração de jovens aprendizes. Convenceu a Coroa a mandá-los ao exterior, onde poderiam aperfeiçoar a aprendizagem. Faleceu em 1817, com noventa e dois anos, e não deixou obra impressa nem manuscrita; tornou-se então conhecido através dos seus ex-alunos (Lemos, 1991). Os detalhes da vida e da trajetória profissional de Manuel Constâncio Alves se encontram em *A Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos (1565-1775)*, de Sebastião Costa Santos (1925).

³⁷ Sobre os manuais portugueses de obstetrícia, ver o capítulo III.

Ainda no campo da patologia médica, vale a pena citar José Maria Bomtempo (1774 – 1843)³⁸, autor de *Compêndios da Medicina Prática* (1815), uma compilação dos trabalhos de Pinel. Em *Esboço de um Sistema de Medicina Prática*, Bomtempo dividiu as doenças em cinco classes: moléstias de irritação em aumento; moléstias de sensação em aumento; moléstias irritativas e sensitivas combinadas; moléstias irritativas e insensitivas, ou isoladas ou combinadas; e finalmente lesões orgânicas. Ele também se ocupou de algumas doenças próprias do Brasil³⁹, a exemplo das febres malignas complicadas de hepatite e as afecções catarrais, em *Memória sobre algumas enfermidades do Rio de Janeiro* (Lemos, op. cit.).

Diversos fatores conjugados levaram ao nascimento da anatomoclínica em Portugal, dentre eles as reformas no ensino médico, a circulação dos médicos e cirurgiões portugueses na Inglaterra, Holanda e França, a tradução dos tratados médicos⁴⁰ e a proliferação do periodismo médico. A diversidade de interpretações sobre saúde, doença e terapêutica movimentou as escolas portuguesas responsáveis pela formação médica e dividiu opiniões. Diante deste cenário, a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa optou pelo caminho do ecletismo que, na opinião do dr. Magalhães Coutinho, não se tratava de um sincretismo irresponsável, mas de um exercício feito por aqueles que estudaram todas as doutrinas e separaram as crenças boas e as más. Ao se referir ao vitalismo e a anátomo-patologia, ele disse que “tanto numa como noutra há princípios que se podem admitir, há exagerações que se devem evitar, assim como em ambas há ora impossibilidade de encontrar a resolução do problema” e acrescentou que “só a tolerância das opiniões pode garantir a marcha progressiva do espírito humano” (GML, 01/01/1858, p. 34-44). Um processo semelhante ocorreu na Faculdade de Medicina da Bahia, que viu no ecletismo o caminho mais confiável.

³⁸ Nasceu em Lisboa, diplomou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra em 1798, sendo designado para exercer a função de físico-mor em Angola, entre 1799-1807. Foi transferido para o Brasil como delegado do físico-mor do Reino e, no Rio de Janeiro, foi também nomeado professor na Escola de Cirurgia e médico da Real Câmara de D. João VI. Faleceu no Brasil. (Disponível em: <<http://www.aac.uc.pt/~sfaac/josebomtempo.php>>. Acesso em: 20 ago. 2005).

³⁹ Foi correspondente da Academia Médica da Bahia (Lemos, op. cit.).

⁴⁰ Os tratados estrangeiros usados no aprendizado da cirurgia eram *Princípios da Cirurgia*, de Jorge Lafaye; os *Elementos da Cirurgia*, de João José de Sue; o *Tratado das Doenças que lhes convêm*, de Chopart e Desault; e quase toda a obra de Benjamim Bell – *Tratado teórico e prático das chagas* (tradução de Manuel Joaquim Henriques de Paiva), *Sistema de Cirurgia, Tratado das doenças venéreas*.

1.3 MANUEL JOAQUIM HENRIQUES DE PAIVA: UM ELO DA MEDICINA LUSO-BRASILEIRA

Manuel Joaquim Henriques de Paiva (1752-1829) foi um dos mais ativos integrantes da intelectualidade médica da virada do século XVIII para o século XIX. Traduziu mais de cinquenta obras (vide Tabela 1) e escreveu outras tantas, muitas delas localizáveis no Brasil e em Portugal⁴¹. Ele foi o responsável pela divulgação do vitalismo em Portugal e no Brasil.

Henriques de Paiva era originário de uma família que manteve muita proximidade com a medicina e a história natural. Seu pai, Antonio Ribeiro de Paiva, era boticário e, enquanto esteve no Brasil, estudou a flora nacional e ressaltou o valor desta para a medicina, chamando a atenção das autoridades portuguesas para o desenvolvimento do comércio das drogas e especiarias brasileiras; seu irmão, José Henriques Ferreira, foi, no Brasil, Comissário do Físico-Mor do Reino, membro ativo da Sociedade de História Natural do Rio de Janeiro e incentivador da criação de cochonilha; seu tio, Antonio Nunes Ribeiro Sanches, foi médico, filósofo e pedagogo, cujas idéias balizaram a reforma do ensino médico português, em fins do século XVIII; seu outro irmão, Francisco Antônio Ribeiro de Paiva, foi professor de Zoologia e Mineralogia em Coimbra (Giffoni, 1972; Lemos, 1991).

O Brasil já era conhecido por Henriques de Paiva muito antes do seu exílio em 1809. Veio para o Rio de Janeiro em 1769, em companhia do pai, onde começou a estudar História Natural, Química e Farmácia com o irmão médico, José Henriques Ferreira, que lá residia. Em 16 de junho de 1770, obteve, no Brasil, o título de boticário e tornou-se membro da recém-criada Sociedade de História Natural do Rio de Janeiro (1772), onde apresentou um trabalho sobre a importância da farmácia na cultura científica da época, ressaltando o “atraso” em que Portugal se encontrava, por não possuir uma farmacopéia oficial (Giffoni,

⁴¹ Consultamos as obras de Henriques de Paiva existentes na Biblioteca Nacional, em Lisboa, e na Academia das Ciências de Lisboa. Na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, é possível localizar quatro títulos, e na Faculdade de Medicina da Bahia não foi possível localizar nenhum exemplar, pois, lamentavelmente, o acervo, na ocasião da realização desta pesquisa, ainda não se encontrava disponível para o pesquisador.

1972). Esta reflexão de Henriques de Paiva, centrada nas farmacopéias enquanto elemento de unidade científica de uma nação, fez com que, alguns anos mais tarde, ele escrevesse e publicasse a *Farmacopéa Lisbonense* (1785), obra que dedicou ao Marquês de Lavradio, adiantando-se à *Farmacopéa Geral* do reino português, que só ficou pronta em 1794⁴².

TABELA 1 – Produção científica de Manuel Joaquim Henriques de Paiva

Ano de publicação	Título	Local
• 1772	• Instituições ou elementos de farmácia extraídos de Baumé	Lisboa
• 1776	• Dissertatio Medica de actione Vesicantium in corpus vivum...	Lisboa
• 1786	• Elementos da Química	Lisboa
• s/d	• Lições elementares de Tinturaria das lãs no Jornal Enciclopédico	Lisboa
• s/d	• Observações sobre o uso da Saponaria officinal e do Astragalus excapus nas enfermidades venéreas, tradução de Jurine e Guerin.	Lisboa
• s/d	• Observações sobre uma estratégia periódica, curada por meio do azougue	Lisboa
• s/d	• Memória do descobrimento da Ichtyocola vulgarmente chamada de Cola, Goma ou Grude de Peixe	Lisboa
• 1782	• Diretório para se saber o modo, e o tempo de administrar o alcalino volátil fluído nas asfixias, ou mortes aparentes...	Lisboa
• 1783	• Elementos da Química e da Farmácia	Lisboa
• 1785	• Farmacopéa Lisbonense	Lisboa
• 1785	• Método novo e fácil de aplicar o mercúrio nas enfermidades venéreas, tradução de José Jacob Plenck	Lisboa
• 1786	• Instituições de cirurgia teórica e prática que compreendem a fisiologia, e a patologia geral e particular, de José Jacob Plenck	Lisboa
• 1786	• Doutrina das enfermidades venéreas, de José Jacob Plenck	Lisboa
• 1786	• Divisão metódica dos animais mamais, de Lineu	Lisboa
• 1786	• Divisão metódica dos animais mamais, de Scopoli	Lisboa
• 1786	• Divisão metódica dos quadrúpedes, de Brisson	Lisboa
• 1786	• Divisão metódica das aves, de Scopoli	Lisboa
• 1786	• Divisão das aves, de Brisson	Lisboa
• 1786	• Divisão metódica das aves, de Lineu	Lisboa
• 1786	• Divisão dos anfíbios, de Lineu	Lisboa
• 1786	• Divisão dos anfíbios, de Scopoli	Lisboa
• 1786	• Divisão dos peixes, de Antonio Gouan	Lisboa
• 1786	• Divisão dos Peixes, de Scopoli	Lisboa
• 1786	• Aviso ao povo sobre as asfixias e mortes aparentes	Lisboa
• 1787	• Aviso ao povo sobre os sinais dos venenos	Lisboa
• 1787	• Sumário de preceitos concernentes à criação das crianças	Lisboa
• 1787	• Aviso ao povo acerca de sua saúde, tradução de Tissot	Lisboa
• 1787	• Memória químico-agronômica	Lisboa
• 1788	• Medicina doméstica, ou Tratado de prevenir e curar as enfermidades, de Guilherme Buchan	Lisboa
• 1790	• Memórias de História Natural, Química, Agricultura, Arte e Medicina	Lisboa

⁴² Esta questão é muito bem discutida no trabalho de João Rui Pita – *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)* (1996).

• 1790	• Método de restituir a vida às pessoas aparentemente mortas, traduzido do inglês.	Lisboa
• 1791	• Método de curar o gálico, de Gardene	Lisboa
• 1792	• Medicina teórica e prática dedicada aos cirurgiões	Lisboa
• 1798	• Exposição dos meios químicos de verificar o ar das embarcações	Lisboa
• 1800	• Divisão das enfermidades feita segundo os princípios do sistema de Brown ou nosologia browniana, de Valeriano Brera	Lisboa
• 1800	• Chave da pratica médico-browniana, ou conhecimento do estado estênico e astênico predominante nas enfermidades, de Weikard	Lisboa
• 1800	• Memória em que se prova que as feridas de pelouro são por si inocentes e simples sua cura, traduzida do castelhano	Lisboa
• 1801	• Filosofia Química, de Fourcroy	Lisboa
• 1801	• Preservativo das bexigas	Lisboa
• 1802	• Compêndio das enfermidades venéreas, de João Frederico Fritz	Lisboa
• 1802	• Tratado teórico-prático das chagas, de Benjamin Bell	Lisboa
• 1802	• Tábuas sinópticas de Química, de Fourcroy	Lisboa
• 1802	• Bosquejo da Fisiologia	Lisboa
• 1803	• Reflexões sobre a comunicação das enfermidades por mar	Lisboa
• 1807	• Farmacopéia Naval	Lisboa
• 1807	• Ensaio sobre a nova doutrina médica de Brown, de Manuel Rizo	Lisboa
• s/d	• Relação dos principais métodos de tratar as doenças venéreas, de Morne	Lisboa
• 1812	• Indagações Physiologicas sobre a Vida e a Morte por Xavier Bichat	Rio de Janeiro
• 1813	• Da febre e sua duração em geral, de Reich	Bahia
• 1815	• Memória sobre a excelência da água de Inglaterra, de Jacob de Castro Sarmiento	Bahia
• 1816	• Filosofia Química ou verdades fundamentais da química moderna, de Fourcroy	Rio de Janeiro
• 1816	• Prospecto de um sistema simplicíssimo de Medicina, ou ilustração e conformação da nova doutrina Médica de Brown, de Belchior Adão Weikard	Bahia
• 1818	• Manual de Medicina e Cirurgia prática fundada sobre o sistema de Brown, de Belchior Adão Weikard	Bahia

Fontes: BN-PT, ACML, BN-RJ, Catálogo publicado em PAIVA, Manuel Joaquim Henriques de. *Relação dos principais métodos de tratar as doenças venéreas*. S/l, s/ed, s/d, p. 67-70.

Depois de ter vivido três anos no Brasil, Henriques de Paiva retornou a Portugal e matriculou-se em 1772 no curso de medicina da Universidade de Coimbra, no mesmo ano em que esta passava pela reforma pombalina. Em 1781, obteve o diploma em medicina (AUC, Livro de exames, atos e graus em Medicina, 1773-1787), mas há informações de que já clinicava em Caparica antes disso, por volta de 1777-1778 (Carvalho, 1944).

Depois de diplomado, montou residência em Belém (Portugal), e instalou um consultório, na rua dos Sapateiros, próximo ao Arco da Bandeira, em Lisboa. Foi médico da Marquesa de Alorna – Nara Silva Carvalho, e por este período dedicou-se com afinco à tradução e divulgação de um grande número de obras estrangeiras, conforme se pode notar na Tabela 1. Entre 1781 e 1808, Henriques

de Paiva associou-se a várias instituições científicas nacionais e internacionais, tornou-se professor de Farmácia na Universidade de Coimbra e acumulou cargos e honrarias, dentre elas Fidalgo da Casa Real, Cavaleiro Professor da Ordem de Cristo e deputado da Real Junta do Proto-Medicato.

Mas Henriques de Paiva desafiou o conservadorismo português, e suas idéias liberais e renovadoras fizeram com que ele fosse encarcerado na Trafaria em 13 de dezembro de 1808, perdesse as honrarias e os cargos. Em 24 de março de 1809, foi condenado ao degredo no Brasil e instalou-se na Bahia. Não podemos afirmar com precisão se Henriques de Paiva aderiu, de fato, ao movimento liberal. Acreditamos que, pelo seu perfil intelectual, não devia tolerar a restrição e censura emanadas dos governos conservadores naquela conjuntura política. Todavia, se ele escreveu manifestos ou se proferiu algum discurso público contra o absolutismo e a favor do liberalismo, é um ponto que precisa ser investigado e que não podemos avançar pelos limites da nossa pesquisa.

A primeira década do século XIX português, assim como as quatro seguintes, foi marcada por grandes conturbações políticas e econômicas. Dos acontecimentos entre 1800 e 1810 pode-se elencar: o rompimento da política de neutralidade portuguesa, provocado pelo crescimento do radicalismo jacobino francês e a ameaça de invasão da Península Ibérica, o que de fato se concretizou em Portugal nos anos de 1807, 1809 e 1810; a “sangria de gentes e de dinheiro” no segundo semestre de 1807, culminando com a retirada da Corte em 29 de Novembro de 1807, rumo ao Brasil; a presença francesa em Lisboa (1807-1808), que foi bem acolhida num primeiro momento, dando-se até o “afrancesamento” das instituições burocrático-políticas; e, podemos citar ainda, o movimento político de Restauração em prol do “altar e do trono”, de caráter centralista e contra-revolucionário. A conturbação política gerou o declínio das fábricas, a ruína da agricultura, o colapso nas rendas públicas, as ondas de fome, de penúria e conseqüentemente as revoltas populares (Araújo, 1998).

Em fins de 1808, o Movimento de Restauração iniciou uma caçada aos “afrancesados”, aqueles que simpatizaram e/ou auxiliaram o governo francês instalado em Lisboa. Este movimento de perseguição aos liberais, também conhecido como Setembrizada, se deu em concomitância com a segunda e terceira invasões francesas (1809 e 1810). É neste contexto que Manuel Joaquim

Henriques de Paiva, o magistrado Francisco Duarte Coelho, o desembargador José Diogo de Mascarenhas Neto, o prior dos Anjos, José Ferrão de Mendonça e Sousa e outras 50 pessoas ligadas à magistratura, ao comércio, ao exército, às profissões liberais e ao clero são presos e deportados.

Esta foi a primeira de outras ondas de exílio político, demandadas pelo combate ideológico entre os defensores do absolutismo e os partidários do liberalismo⁴³. Este movimento de desterro forçado fomentou um contato cultural, científico e político que acabou por definir os rumos do liberalismo em Portugal. Para Isabel Nobre Vargues e Luís Reis Torgal (1998, p. 70) “o principal combate político dos exilados portugueses em Inglaterra e França antes de 1820 foi o do estabelecimento do liberalismo e do constitucionalismo em Portugal, como depois de 1823 e de 1828 foi o do seu restabelecimento”.

Quando Manuel Joaquim Henriques de Paiva chegou a Salvador, foi acolhido por um conterrâneo, o farmacêutico Agostinho Dias Lima. Adotou um estilo de vida reservado e continuou a sua atividade clínica e intelectual, como tradutor, escritor e mestre. É provável que tenha participado de alguma sociedade secreta para discutir questões políticas ou mantido contato com outros desterrados na Inglaterra ou França. Tudo indica que contou com aliados no centro do poder político, pois em 22 de Maio de 1816, na coroação de D. João VI, obteve o perdão dos crimes políticos e foi reintegrado às honras e prerrogativas de que gozava em Lisboa⁴⁴. Em Novembro de 1819, através da proteção do Conde de Palma – D. Francisco de Assis Mascarenhas, logrou a permissão Real para estabelecer um curso de Farmácia em Salvador, admitindo como participantes os alunos do curso Médico-Cirúrgico, e quaisquer pessoas que desejassem “se instruir nos estudos farmacêuticos” (Carta Régia de 29 de Novembro de 1819).

⁴³ Na história política e cultural de Portugal, o exílio forçado foi uma tradição contínua nas Eras Moderna e Contemporânea. Maximiano Lemos (1991) fez uma extensa cronologia dos médicos e cientistas que foram perseguidos e expulsos de Portugal por motivações políticas e religiosas entre os séculos XVI-XIX.

⁴⁴ Desde 1814, a Coroa Portuguesa, sediada no Brasil, dava sinais de recuo na punição dos acusados de “bonapartismo”. Esta atitude era consequência da ação de alguns emigrados, que foram para a Grã-Bretanha por influência da Maçonaria inglesa, e lá organizaram uma onda de protestos através da imprensa liberal, contra a justiça portuguesa que condenava inocentes. Este movimento visava desacreditar em Portugal e na Europa o governo de Lisboa e a corte no Rio de Janeiro (Araújo, 1998).

Quando von Spix e von Martius passaram pela Bahia entre 1817/1820, notaram o prestígio do médico português e registraram que “os baianos apreciam os seus concidadãos eruditos, entre os quais goza da mais alta consideração o dr. Manuel Joaquim Henriques de Paiva, (...) conhecido pela sua variedade literária sobre assuntos da medicina prática, matéria médica, botânica e química” (Spix e Martius, 1961, v. 2, p. 163). Ressaltaram que Henriques de Paiva havia dado aulas de química e história natural na Escola de Medicina da Bahia (ibidem).

Com a proclamação da independência política do Brasil em 1822, Henriques de Paiva optou pela nacionalidade brasileira e, dois anos depois, teve a Cadeira de Matéria Médica e Farmácia incorporada ao Colégio Médico-Cirúrgico, sendo ele o titular. Não havendo espaço no Hospital da Santa Casa para instalar o curso, Henriques de Paiva, mais uma vez, deu mostras de ser um homem bem relacionado com a elite baiana, e conseguiu com o Prior do Convento de Santa Teresa permissão para instalar-se na botica do Convento, e fazer uso de um salão e de um terreno, onde pudesse iniciar suas atividades pedagógicas.

Das obras que o luso-brasileiro publicou, darei destaque a algumas que considero relevantes por divulgarem sistemas médicos adotados na Bahia, quer na clínica exercida pelos médicos, conforme registros clínicos nos periódicos médicos, quer no ensino, a julgar pelos livros adotados e pelas lições publicadas.

Na *Farmacopéa Lisbonense* (1785), Henriques de Paiva apresentou o resultado de um trabalho que principiou no Brasil, na época dos seus estudos em História Natural e Farmácia, e expôs a sua preocupação com o fato de Portugal não dispor de uma farmacopéia nacional. Para ele, a importância de normatizar a produção medicamentosa transcendia o campo das ciências médicas para integrar uma vertente social, ou mesmo política, uma vez que a regulamentação permitia maior cobertura à população e atendia aos propósitos de uma política sanitária necessária aos “novos tempos” (Pita, 1996).

Esta obra foi escrita em língua portuguesa, pois, para o autor, era necessário garantir o entendimento dos utilizadores, optando por um aspecto eminentemente prático, sem, contudo, abdicar do rigor científico. Ele adotou uma redução substancial do arsenal terapêutico e simplificou a complexidade das preparações farmacêuticas. Em 1802, saiu a segunda edição da *Farmacopéa*

Lisbonense, onde Henriques de Paiva já fazia uso da nova nomenclatura química, resultante da revolução lavoisieriana (ibidem).

As doenças venéreas marcaram presença constante nas estatísticas médicas, quer em Portugal, quer no Brasil, e foi um dos temas de estudo de Henriques de Paiva, que publicou a obra *Relação dos principais métodos de tratar as doenças venéreas* (s/d.), provavelmente depois de 1805, pois ele se apresentava como cirurgião e médico da Universidade de Coimbra. Esta obra é uma compilação dos trabalhos do dr. Horne e do dr. André Duncan sobre a administração do mercúrio nas doenças venéreas, como a gonorréia e a sífilis. O mercúrio foi muito utilizado na terapêutica destas moléstias, conforme observamos nas prescrições medicamentosas publicadas pelos médicos nos periódicos especializados e nos livros de medicina.

Em 1800, Henriques de Paiva traduziu *Chave da prática médico-browniana, ou conhecimento do estado estênico e astênico predominante nas enfermidades*, de Belchior Adão Weikard, trabalho de grande repercussão em Portugal. Por esta época, ele declarou no prefácio não ser “daqueles médicos que reputam a medicina Browniana por tão absurda, que não merece refutar-se” nem tampouco era “demasiadamente afeiçoado a ela” (Weikard, 1800, p. 3-4). Afirmou que esta doutrina possuía vários erros, mas que estimava os escritos de Brown, apesar de considerar a máquina humana mais composta do que a teoria browniana, e que as classes, as ordens e o gênero das doenças compreendidas na nosologia de Brown eram muito forçados e se afastavam da natureza (Weikard, 1800, p. 4-5).

Dezoito anos depois, Henriques de Paiva mostra-se um defensor e seguidor da doutrina de Brown, conforme declara no prefácio da obra *Manual de Medicina e Cirurgia prática fundada sobre o sistema de Brown* (1818) do dr. Belchior Adão Weikard, traduzida e publicada na Bahia. Ele diz:

Não ignoro quanto se tem publicado contra esta doutrina de *Brown*, cuja verdade a minha larga experiência me tem felizmente demonstrado; e quando eu não estivesse convencido dela, não hesitaria em abraçá-la e segui-la, retribido na autoridade de tantos e tão abalizados médicos (Weikard, 1818, s/n).

As febres se constituíam em outro ponto de preocupação para a medicina e, em 1813, Henriques de Paiva traduzia e publicava na Bahia a obra do alemão Gottfried Christian Reich - *Da febre e da sua curação em geral*⁴⁵. Este trabalho estava assentado nas concepções iatroquímicas e preconizava a administração dos ácidos para a cura das febres. O tradutor desejava travar um embate com o dr. Reich e provar que sua concepção química de interpretar a febre era confusa e obscura, e que o uso dos ácidos minerais na terapia das febres e outras doenças não constituía novidade alguma. Mas Henriques de Paiva ficou impossibilitado de realizar este projeto, pois, na sua condição de exilado, não possuía os livros necessários para fazer um sumário cronológico do uso dos ácidos minerais, que, misturados com água, com álcool ou com substâncias aromáticas, já eram usados pela medicina há muito tempo. E por fim vaticinou: “Virá o tempo em que possa satisfazer os meus ardentes desejos, e então darei mais uma prova de que a minha terra amei e a minha gente” (Reich, 1813, p. 7).

Manuel Joaquim Henriques de Paiva foi um reflexo do pensamento Iluminista do seu tempo. Situou-se como um cientista das ciências médicas que acreditava na divulgação do saber como um elemento indispensável ao melhoramento dos povos e engrandecimento da nação. Sua chegada à Bahia, concomitantemente à fundação da Escola de Cirurgia, a propagação de suas obras de divulgação científica nas últimas décadas do século XVIII e início do XIX, sua atuação como clínico e como professor na cidade de Salvador, constituem-se em fortes elementos de ligação entre a medicina lusa e a medicina brasileira na primeira metade dos Oitocentos.

1.4 A INSTITUIÇÃO DA MEDICINA ACADÊMICA NA BAHIA E A INFLUÊNCIA DA ANATOMIA

A medicina arábico-galênica, predominante em Portugal até o século XVIII, foi introduzida no Brasil no século XVI, a partir da colonização, com a presença de físicos e cirurgiões que singraram o Atlântico e se estabeleceram nas terras luso-americanas para exercerem a arte de curar.

⁴⁵ Título original: *Vom Fieber und dessen Behandlung überhaupt*.

Uma outra via de ingresso do galenismo se deu através dos filhos da terra que estudavam medicina na Europa. Durante o século XVIII, uma vez assentada a colonização portuguesa na Brasil, a elite enviava seus filhos varões para estudar na Europa, e a Universidade de Coimbra foi a que mais recebeu estudantes oriundos do Brasil. Neste período, esta universidade portuguesa recebeu 1.752 estudantes brasileiros, dos quais 572 eram baianos (Moraes, 1949)⁴⁶.

O contato com as doutrinas médicas também se deu através dos manuais de medicina, que cruzavam o Oceano Atlântico na bagagem dos doutores recém-formados, dos naturalistas e dos botânicos, que vieram ao Brasil explorar a fauna e a flora nativas em fins do século XVIII e nas primeiras décadas do século XIX, e na dos médicos estrangeiros (Nava, 2003)⁴⁷. Dos doutores de outras nacionalidades que se fixaram em Salvador e clinicaram por longo ou curto período, citamos Jonathas Abbott⁴⁸, John Ligertwood Patterson⁴⁹, Otto Edward Henry Wücherer⁵⁰, Carl August Tölsner⁵¹ e Friedrich Asschenfeld⁵², dentre outros.

⁴⁶ Assinalamos uma carência de estudos a respeito dos estudantes brasileiros nas universidades da Inglaterra e Reino Unido, França, Estados Germânicos e Itália. Sobre brasileiros em Montpellier, cf. Maria Beatriz Nizza da Silva (1999). Sobre a relação da elite colonial brasileira em Coimbra, vide Luís Antonio Cunha em *A universidade temporã: o ensino superior da Colônia à era Vargas* (1980) e Caio C. Boschi em *A Universidade de Coimbra e a formação intelectual das elites mineiras coloniais* (1991).

⁴⁷ Cf. Barreto e Aras (2003) a relação de naturalistas e médicos germânicos que passaram pela Bahia nas primeiras décadas do século XIX.

⁴⁸ Nasceu em Londres (03/08/1796) e veio para a Bahia em 1812. Naturalizou-se brasileiro em 1821. Foi aluno do colégio médico-cirúrgico em Salvador em 1819, mas colou grau em medicina na Universidade de Palermo em 1821. Em 1825, passou a ensinar anatomia na então Escola Médico-Cirúrgica e jubizou-se em 1861. Foi também cirurgião do Hospital São Cristóvão, administrado pela Santa Casa da Misericórdia da Bahia, foi membro de diversas academias e sociedade médica e deixou uma significativa produção científica (Blake, 1898). Ainda neste capítulo, trabalhamos com seis títulos de Abbott e reproduzimos (nos anexos) a carta endereçada à Provedoria da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, onde ele pede demissão do cargo de cirurgião do Hospital São Cristóvão.

⁴⁹ Nasceu em 1820, no condado de Aberdeen, Escócia, onde recebeu o título de doutor em medicina. Chegou à Bahia em 23/04/1841, depois de ter clinicado na Paraíba. Junto com Ludugero Rodrigues Ferreira, Antonio José Alves, Antonio Januário de Farias, Manoel Maria Pires Caldas, José Francisco Silva Lima, Otto Edward Henry Wücherer e Antônio Pacifico Pereira, fundou a *Gazeta Médica da Bahia* em 1866. Faleceu em dezembro de 1882 (Coni, 1952).

⁵⁰ Alemão, nascido em 1820, viveu na Bahia entre os seis e sete anos e diplomou-se em medicina pela Universidade de Tübingen (Württemberg) em 1843. Retornou ao Brasil neste mesmo ano e exerceu a clínica em Nazaré e Cachoeira, interior da Província da Bahia, para em 1847 instalar-se em Salvador (Barreto e Aras, 2003).

⁵¹ Médico alemão, clinicou na colônia Leopoldina, sul da Bahia. A biografia deste médico é pouco conhecida (Barreto e Aras, op. cit.).

Nos primórdios da instituição do ensino médico no Brasil, marcado pela fundação da Escola de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro em 1808, transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas em 1815 e 1813, respectivamente, amplia-se a relação entre a medicina acadêmica portuguesa e aquela praticada no Brasil. Na Bahia, esta relação pôde ser estabelecida através do corpo docente e dos manuais de anatomia, cirurgia e obstetrícia, produzidos em língua portuguesa e utilizados no ensino da medicina e cirurgia.

A influência da formação acadêmica conimbricense é notável nas primeiras décadas do ensino médico na Bahia. Entre 1808 e 1814, período de funcionamento da Escola de Cirurgia, tivemos apenas dois mestres, sendo um deles formado pelo Colégio São José em Lisboa e outro pela Universidade de Coimbra. Na segunda fase, de 1815 a 1831, período em que funcionou a Escola Médico-Cirúrgica, 31% dos mestres haviam sido formados em Coimbra. Mas esta influência se amplia se levarmos em conta que outros 25% dos professores eram “filhos da casa”, ou seja, foram formados por um grupo de professores que se diplomaram em Coimbra e estudaram por compêndios, manuais e farmacopéias publicados em língua portuguesa, que circularam em Portugal e Brasil. A partir de 1832, temos uma formação intelectual endógena que percorrerá caminhos diferentes da medicina portuguesa, a partir dos anos 60 do século XIX, chegando a formar um movimento científico de vanguarda, chamado Escola Tropicalista Baiana.

Assim que foi fundada a Escola de Cirurgia da Bahia, foram nomeados dois cirurgiões para dar início ao ensino, em 23 de fevereiro de 1808. Um destes mestres, designado para ensinar Cirurgia, fez parte do grupo de “filhos da terra” que cruzou o Atlântico para lograr um diploma no Reino. Manoel José Estrela (1760-1840) nasceu em Salvador⁵³ e foi aluno da Universidade de Coimbra, conforme atestado de matrícula, onde consta: “Filho de Outro, natural da Bahia, foi admitido a este Primeiro Ano Filosófico na classe de Obrigado, aos 04 do mês

⁵² Médico alemão, chegou a Salvador em 1843, percorreu o Recôncavo baiano e foi se estabelecer na Colônia Leopoldina (Augel, 1975).

⁵³ Lourival Ribeiro (1971) apresenta uma mini-biografia de Manuel José Estrela e afirma que o mesmo nasceu no Rio de Janeiro em 1763, e foi batizado na freguesia de Nossa Senhora da Candelária. Informa também que o mesmo obteve carta de Cirurgia em Lisboa a 04 de março de 1789. Tais dados não são confirmados por Lycurgo Santos Filho (1991), tampouco pela nossa pesquisa nos Arquivos da Universidade de Coimbra.

de Outubro de 1804, com certidão de Idade, e Exames de Latim e Lógica” (UC, Livro de Matrícula, 1804-1805, p. 90)

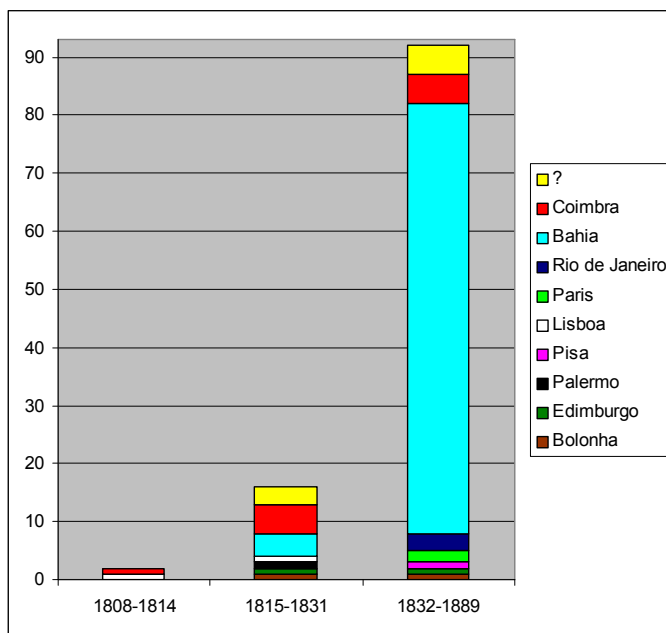
Em 1816, José Estrela⁵⁴ traduziu a obra de Bichat - *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (Oliveira, 1992) e podemos dizer que o ensino da fisiologia, ao menos na sua formulação teórica, nasceu em contato com o trabalho de François-Xavier Bichat (1771-1802), que consistia em propor a lesão anatômica dos tecidos como fundamento da patologia e da clínica. Estes postulados foram de suma importância para o advento da anatomia patológica. A tradução para o português de obras de grande repercussão nas ciências médicas tinha como objetivo a divulgação científica em língua nacional, o que facultava o acesso aos alunos do curso médico-cirúrgico. Era comum o tradutor fazer comentários ao longo da tradução, muitas vezes se contrapondo, apresentando lacunas ou endossando os postulados do autor.

TABELA 2 - Local de formação dos professores que lecionaram na Bahia

LOCAL	1808-1814	1815-1831	1832-1889
Bahia		4 25%	74 80%
Bolonha		1 6%	1 1%
Coimbra	1 50%	5 31%	5 5%
Edimburgo		1 6%	1 1%
Lisboa	1 50%	1 6%	
Palermo		1 6%	
Paris			2 2%
Pisa			1 1%
Rio de Janeiro			3 3%
Não identificado		3 19%	5 5%
TOTAL	2	16	92

⁵⁴ Infelizmente não encontramos referências a nenhuma obra escrita ou traduzida por José Estrela, além desta. Segundo Lycurgo Santos Filho (1991), o cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém publicou outra versão desta obra de Bichat.

FIGURA 1 - Local de formação dos professores que lecionaram na Bahia



Fontes: Eduardo de Sá Oliveira (1992); UC: Fichário de professores, Fichário de alunos e Livro de Matrículas.

Bichat procurou explicar fisiologicamente o vitalismo de Sthal e se opôs às idéias de um único princípio vital – a *anima*. Para ele, havia uma série de forças vitais, classificadas segundo a distinção entre vida animal⁵⁵ e vida orgânica⁵⁶, que, como um fenômeno fisiológico, poderiam ser empiricamente estudadas a nível dos tecidos (Ferreira, 1993). Bichat foi também um cético em relação às práticas terapêuticas vigentes em seu tempo, tais como a sangria, a purgação e os remédios específicos. Pregava a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento médico sobre as patologias para que, a partir daí, os remédios fossem classificados segundo os seus efeitos sobre as doenças (Ferreira, op. cit.). A noção de sede da doença se libertou da problemática causal e se voltou mais para o futuro da enfermidade do que para seu passado; a sede passou a ser vista como o ponto a partir do qual a organização patológica se irradiava (Foucault, passim).

⁵⁵ Referente às atividades dos músculos e dos órgãos dos sentidos.

⁵⁶ Referente às atividades do coração, estômago, fígado, pulmão etc.

A Universidade de Coimbra, onde José Estrela estudara, havia passado pela reforma pombalina de 1772, que consistiu em por fim à escolástica e implantar o ensino experimental⁵⁷. Portanto, quando ele fora aluno, no raiar do século XIX, a teoria de Bichat já circulava naquela academia, embora fosse quase desconhecida fora dela (Lemos, 1991).

O cirurgião português José Soares de Castro⁵⁸ (1772-1849) ocupou a cadeira de Anatomia e Operações Cirúrgicas em 1808. Em 1812, ele publicou *Elementos de Osteologia Prática* e em 1813, *Da noxologia*. Em 1815, traduziu do francês a obra de Jean Pierre Maunoir - *Memórias fisiológicas e práticas sobre o aneurisma e a ligadura das artérias*.

A obra *Elementos de Osteologia Prática* (1812) versa sobre as ciências dos ossos do corpo humano, e seu objetivo maior era instrumentalizar os alunos com um manual de estudo em língua portuguesa. Além disso, não podemos desconsiderar que as publicações conferiam ao seu autor uma maior distinção profissional e social. Daí, ele resolveu publicar as lições que administrou na cadeira de Anatomia e Operações Cirúrgicas, fundamentadas em Boyer, Sabatier⁵⁹ e em um “Anônimo”, que julga Maximiano Lemos (1991) se tratar de Manuel Constâncio Alves.

Em Salvador, de 1808 a 1815, as aulas teóricas do curso médico-cirúrgico aconteceram em uma das salas do Hospital Militar, e o ensino prático em uma das enfermarias, duas vezes por semana. Mas as lições não faziam reflexões à cabeceira do doente, para evitar discórdias com o Cirurgião-Mor, a quem pertencia o curativo cirúrgico. Segundo Pacífico Pereira (1923), os cirurgiões José Soares de Castro e Manoel José Estrela deram as suas lições baseadas no livro de Jorge de La Fay – *Princípios da Cirurgia*, traduzido para o português e publicado em Lisboa, em 1786, sendo considerado, para a época, uma excelente obra didática, utilizada nas Escolas de Cirurgia do Reino (Lemos, 1991).

Dentre os brasileiros formados em Coimbra, não podemos deixar de destacar José Lino dos Santos Coutinho (1784-1836), filho de portugueses,

⁵⁷ Para detalhes sobre este assunto, ver João Rui Pita (1996).

⁵⁸ Formou-se no colégio São José de Lisboa.

⁵⁹ Autor do livro *Tratado Completo de Anatomia ou Descrição de todas as partes do corpo humano*. Lisboa: Typografia Rollandiana, 1801/1802. Os estudos de Sabatier datam de 1775 (Lemos, 1991).

diplomado em 1813⁶⁰, professor de Patologia Externa, ou Patologia Cirúrgica, da Escola Médico-Cirúrgica da Bahia e o primeiro diretor da Faculdade de Medicina desta Província, entre os anos de 1833-1836. Apesar de ter escrito várias obras⁶¹ relacionadas à medicina e traduzido outras⁶², Lino Coutinho marcou sua trajetória profissional mais como político do que como médico⁶³. Ele foi deputado pela Bahia nas Cortes de Lisboa em 1821, participou ativamente da Guerra de Independência, sendo membro da junta governativa da Bahia, foi Deputado Geral pela província da Bahia entre 1826-1836, ocupou o cargo de Ministro do Império durante a Regência Trina (1831-1832), foi membro do Conselho do Império e médico da Imperial Câmara (Santos Filho, 1991). O fato de ter escrito a *Memória sobre a doutrina de Vitor Broussais* se constitui num indício da divulgação da medicina fisiológica em Salvador.

As concepções de Broussais foram adotadas na Bahia e no Rio de Janeiro até meados do século XIX e, para o Rio de Janeiro, foi o próprio médico francês quem afirmou, no Tomo terceiro da sua obra *Examen des doctrines médicales* (1829), que na capital do Brasil ele contava com a adesão de Francisco Xavier Sigaud. Porém, este último declarou em *Du climat et des maladies du Brésil* que há muito não mais seguia as doutrinas do seu conterrâneo (Santos Filho, 1991).

Na Bahia, a doutrina da Broussais teve grande inserção, a julgar pelas memórias do dr. José Francisco Silva Lima:

A medicina daqueles tempos [meados do século XIX] era terrivelmente sanguinária. Era raro o doente que escapava de ser sangrado, com lanceta ou sanguessugas (...)

Reinava ainda na prática médica a doutrina de Broussais: sangrias, diluentes, debilitantes, depletivos, em oposição à de Brown, seguida por poucos, que recomendava os excitantes, os tônicos, os reconstituintes, os cordiais etc (*Jornal de Notícias*, 1907, p. 22).

⁶⁰ Seu nome consta no Livro de Matrícula da Universidade de Coimbra, 1804-1805, p. 91 (verso).

⁶¹ *Topografia Médica da Bahia* (1832) e *Memória sobre as águas minerais da Bahia* [?]. Ele também escreveu *Cartas sobre a educação de Cora, seguidas de um catecismo moral, político e religioso* (1849), publicado após sua morte.

⁶² *Observações sobre as afecções catarrais* de Cabanis (1816); *Coleção dos fatos principais da Cólera Morbus epidêmico* de Bett e Condie (1833). A *Gazeta Médica de Lisboa* (16/10/1853) fez alusão a esta última obra como referência para o estudo da epidemia de cólera morbo.

⁶³ Adriana Reis (2000), ao estudar o inventário de Lino Coutinho, afirmou que as obras relacionadas a política e filosofia superavam as de medicina.

A terapêutica descrita por Silva Lima, marcada pela dieta debilitante e pela sangria, estava coerente com a concepção de doença postulada por Broussais, que afirmava serem quase todas as enfermidades uma inflamação do tubo digestivo: a irritação excessiva acabava se transformando em inflamação, que, por “simpatias” através do sistema nervoso, atuava sobre o resto do organismo, provocando os sintomas gerais (Piñero, 1985).

Jonathas Abbott (1796-1868), inglês naturalizado brasileiro, médico formado pela Universidade de Palermo em 1821 e professor de anatomia na escola baiana entre 1825-1861, afirmou que, em 1844, a incitabilidade e o brousseísmo já haviam sido “arquivados”, assim como a homeopatia e o mesmerismo. Provavelmente Abbott tingiu com cores extremistas o cenário das doutrinas médicas na Bahia dos anos 40 de século XIX, pois as sangrias só terão a sua eficácia questionada com mais veemência após as epidemias de febre amarela (1849-50) e cólera (1855-56), quando doente sangrado era doente morto.

O dr. Abbott angariou muito prestígio na sociedade baiana enquanto médico e professor. Foi vice-diretor da Faculdade de Medicina em 1837 e cirurgião do Hospital São Cristóvão entre 1833-1855 (SCMBA, Correspondência da Provedoria, Carta de Jonathas Abbott, 06/06/1855)⁶⁴. Entre as décadas de 1830-50, ele publicou cerca de 23 trabalhos, predominando os discursos introdutórios ao estudo da Anatomia, além do *Formulário Cirúrgico do Hospital da Santa Casa* (1838), *Generalidades de Artrologia* (1848), *Generalidades de Miologia* (1849), *Generalidades de Angiologia* (1853) e *Mapa Osteológico* (1855)⁶⁵.

Este vasto registro sobre o ensino da anatomia é revelador do caráter profissional do dr. Abbott, zeloso da dupla missão de médico e mestre, bem como do homem ufanista, que conclamava a juventude a proclamar e sustentar a independência do “jovem Brasil” na literatura e na medicina, mostrando que não era preciso “mendigar em solo estranho a prática e a destreza” que poderiam ser adquiridas sem abandonar os “lares pátrios” (Abbott, 1837, p. 10).

No entanto, subtraindo a excessiva eloquência no discurso do dr. Abbott e perscrutando sua formação profissional, veremos que ela foi marcada por idas e

⁶⁴ O conteúdo desta carta é apresentado no Anexo 1.

⁶⁵ Esta coletânea de trabalhos de Abbott se encontra listada em Oliveira (1992).

vindas ao continente europeu, alimentando um diálogo permanente com as nações do outro lado do Atlântico, através de visitas a hospitais, como membro de academias científicas e como autor de artigos. Em 1832, ele assistiu as lições clínico-cirúrgicas no Hotel Dieu, em Paris; foi membro correspondente das sociedades de anatomia, de biologia e de medicina de Paris; participou da academia médico-cirúrgica de Gênova; e ainda devemos acrescentar as academias de Lisboa, Palermo e Estocolmo (Blake, 1898); e publicou *seu Mapa Osteológico* na *Gazeta Médica de Lisboa* (28/10/1864, p. 537-544).

Das obras escritas por Abbott, localizamos o *Esboço histórico da Anatomia desde o seu berço até o século atual* (1837), o *Discurso preliminar sobre a utilidade da Anatomia* (1838), o *Discurso introdutório ao estado da Anatomia Geral e Descritiva* (1844), o *Mapa Osteológico* (1855)⁶⁶, a *Fala introdutória ao curso de Anatomia Descritiva* (1857), o *Discurso por ocasião dos doutoramentos conferidos na Faculdade de Medicina em dezembro de 1857* (1857) e o *Discurso de encerramento do curso de Anatomia da Faculdade de Medicina da Bahia* (1858)⁶⁷.

Sua influência na Faculdade de Medicina, bem como sua presença no Hospital São Cristóvão – o Hospital da Misericórdia – foi decisiva para dar visibilidade à anatomia e influenciar uma geração de jovens médicos. É bom lembrar que os estudos anatômicos estiveram presentes desde a instituição do ensino acadêmico, em 1808, quando o cirurgião português José Soares de Castro ocupou a cadeira de Anatomia e Operações Cirúrgicas. Três décadas mais tarde, a anatomia patológica havia ganhado forças e, na formação científica dos jovens doutores, ia se moldando a certeza de que a anatomia verdadeiramente proveitosa era a do cadáver, a que se via e se apalpava, a percepção das lesões nos seus múltiplos aspectos: cor, consistência e estruturas (Abbott, 1838).

O dr. Abbott foi também um colaborador da nascente imprensa médica baiana, e em *O Prisma*⁶⁸ (1854) reforçou a necessidade dos estudantes terem uma sólida formação em Anatomia e vivenciassem a dissecação de cadáveres,

⁶⁶ Este foi o ano em que a obra foi publicada na Bahia. Em Portugal, foi publicada em 1864 pela *Gazeta Médica de Lisboa*.

⁶⁷ Esta documentação se encontra no Memorial de Medicina Brasileiro da Faculdade de Medicina da UFBA.

⁶⁸ Disponível na Biblioteca Nacional-BR.

pois “não é presumível que se esqueça, ou se omita uma descrição, quando o objeto dela está saltando aos olhos, e quase que grita – aqui estou eu” (*O Prisma*, Julho/1854, p. 241).

A partir de 1825, Jonathas Abbott passou a abrir oficialmente as aulas de anatomia da Faculdade de Medicina da Bahia, proferindo discurso introdutório, alguns dos quais (1844, 1857a, 1857b, 1858) foram impressos pelos estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia. Ele foi um partidário ferrenho das aulas práticas. Acreditava que era no “calado cadáver do homem” que se estudava a sua estrutura, e as estampas e os livros dos homens eram alternativas a serem utilizadas apenas quando faltasse o “livro da natureza” (Abbott, 1837, p. 7). Ele demarcou a transformação dos estudos anatômicos entre 1808-1838, ao qualificar o melhor estudante num e noutro período: no “antigo colégio”, o aluno mais brilhante era o que melhor decorava o compêndio, pois se passavam meses e até um ano inteiro sem que houvesse uma só demonstração sobre o cadáver; trinta anos depois, o primeiro aluno da classe era aquele que “com o escalpelo na mão” melhor demonstrava um órgão e suas relações (Abbott, 1837).

O professor de anatomia da Faculdade de Medicina relatou em 1837 que a sala de autópsia era boa, arejada, asseada, “melhor que muitas na Europa” e abertas a todos, com cerca de 50 a 80 cadáveres em cima da mesa, por ano (Abbott, 1837). Não podemos esquecer que as dissecações tornavam-se um espetáculo público que atraía muitos assistentes, momento em que o esculápio demonstrava toda a sua erudição e sapiência.

Os cadáveres destinados às autópsias didáticas provinham do Hospital da São Cristóvão e, por vezes, o “sumiço” de algum deles era motivo de preocupação para a Provedoria da Santa Casa da Misericórdia. Em 25 de Setembro de 1835, a Mesa pediu esclarecimentos sobre um cadáver retirado sem que fosse dado o consentimento oficial (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 1835, p. 14). Apenas alguns falecidos no Hospital São Cristóvão poderiam ter os seus corpos destinados às salas de autópsia da Faculdade de Medicina: aqueles que não tinham parentes ou que não pertenciam a nenhuma irmandade que

reclamasse o morto para ser enterrado de acordo com os rituais fúnebres, que marcaram a sociedade baiana na primeira metade do século XIX⁶⁹.

Este episódio, envolvendo o desaparecimento do cadáver sob responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia, aponta para um comércio clandestino de defuntos na cidade de Salvador, que tinha como propósito o estudo da anatomia. Os estudantes da Faculdade de Medicina costumavam adquirir “corpos sem vida” para estudos particulares, conforme denunciou o acadêmico Cid Emiliano de Olinda Cardoso⁷⁰ nas páginas do periódico *O Prisma* (07/1854). Os estudantes mais abastados costumavam importar os livros europeus para subsidiar seus estudos, principalmente os compêndios de anatomia e patologia, os quais, muitas vezes, chegavam quando a matéria já havia sido concluída.

Duas décadas depois, precisamente em 1858, o dr. Abbott, em seu *Discurso de encerramento do Curso de Anatomia*, após 34 anos de magistério, dava sinais de cansaço e de insatisfação, por não mais possuir sobre a mesa tantos cadáveres quanto considerava necessário⁷¹, fato que o aborrecia deveras e que limitava sua atuação pedagógica, ao tempo que contrariava a sua crença de que a anatomia se aprendia no anfiteatro, diante de um cadáver e com o escalpelo na mão.

A insatisfação de Abbott em fins dos anos 50 é indicativa de que a anatomia perdia fôlego no currículo do curso médico baiano. Diante das epidemias de febre amarela e cólera, a higiene ganhou contornos mais fortes na Faculdade de Medicina da Bahia. Os olhares se voltaram para os sofisticados esquemas higienistas que anunciavam a possibilidade de tornar a cidade salubre e a população saudável. Se no terceiro quartel do século XIX, a anatomia patológica perdeu espaço na academia baiana, o mesmo não ocorreu na comunidade médica soteropolitana, pois, nos anos 60, um grupo de facultativos reuniu-se em torno de um projeto científico e fundou a “Escola Tropicalista

⁶⁹ Sobre esta temática, ver João José Reis em *A morte é uma festa* (1991).

⁷⁰ Natural de Pernambuco, ingressou no curso de medicina em 1852, colou grau em 05/12/1857. Filho de Josefina Caetano da Conceição e Luiz Bento Cardoso (MMB, Livro de Matrícula, 1816-1874).

⁷¹ Em 1858, o dr. Abbott contou com apenas 23 cadáveres para as suas aulas.

Baiana”⁷². Este movimento se contrapôs ao ensino médico oficial, representado pela Faculdade de Medicina da Bahia e pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que se fundamentavam na concepção higienista para explicar a etiologia das doenças⁷³.

1.5 O DEBATE ENTRE ANATOMIA PATOLÓGICA E VITALISMO NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Para minimizar esta carência de recursos didáticos, alguns professores publicavam as suas lições de aulas, a exemplo do dr. Manoel Ladislao Aranha Dantas (1817-1875)⁷⁴, autor do *Curso de Patologia Externa* (1847). Neste trabalho, ele nos dá a dimensão de uma medicina Oitocentista, dividida em “ciências do homem são⁷⁵ e ciências do homem doente⁷⁶”.

Um outro tipo de divisão ocupou muitas páginas do compêndio escrito pelo dr. Aranha Dantas: a segmentação entre medicina e cirurgia, ou seja, entre ciência e arte. Por esta ocasião, alguns programas de curso e a literatura didática ainda consideravam que a medicina tinha por fim o tratamento das moléstias internas, e a cirurgia das moléstias externas. Tal princípio se desdobrou no ambiente hospitalar, tanto na repartição das enfermarias como na divisão de funções entre médicos e cirurgiões.

Aranha Dantas não concordava com esta separação e afirmava que, se a medicina e a cirurgia eram freqüentemente distintas e separadas na prática, eram inseparáveis em seus princípios e teorias.

Há muito tempo tem a experiência provado que o regime e o uso dos medicamentos internos são indispensáveis no tratamento da maior parte das moléstias chamadas cirúrgicas; enquanto poucas afecções internas há, para a s quais não se veja o médico obrigado a recorrer

⁷² Autores como Edler (1999) e Castro Santos (2003) afirmam que, do ponto de vista da sociologia da ciência, é difícil classificar o movimento tropicalista como uma “Escola”.

⁷³ Sobre este tema, ver Flávio Edler (1999, 2002), Peard (1999), Coni (1952), Benchimol (2000) e Barros (1997).

⁷⁴ Nasceu em Sergipe, cursou cirurgia em 1832, na então Escola Médico-Cirúrgica da Bahia e, posteriormente, Medicina (1835) na Faculdade de Medicina da Bahia.

⁷⁵ Anatomia, fisiologia e higiene.

⁷⁶ Patologia e terapêutica.

a alguma aplicação manual ou tópica, a algum meio mutuado da cirurgia.

(...) Com efeito, das numerosas moléstias que afligem a espécie humana, umas saram espontaneamente pelo só benefício, pela força medicatriz da natureza; outras para sua cura demandam o uso interno de medicamentos que modifiquem, ou destruam o estado vicioso das propriedades vitais dos sólidos e dos líquidos; outras enfim, exigem no seu tratamento aplicações tópicas, ou o emprego de operações cirúrgicas.

Porém a maior parte das moléstias requer ao mesmo tempo os três meios terapêuticos, tirados da higiene, da farmácia e da cirurgia.

(...) se as moléstias médicas exigem às vezes o emprego de meios cirúrgicos, as outras (cirúrgicas) não poderiam ser metodicamente tratadas pela só operação (Dantas, 1847, p. 6-7).

O Brasil não cultivou as mesmas hierarquias sociais e profissionais entre médicos e cirurgiões, observadas na Europa. A paridade entre estes profissionais nas terras brasileiras é visível desde os tempos coloniais, quando os cirurgiões eram os representantes da medicina europeia no Brasil e desempenhavam as mesmas atribuições dos médicos. Após a independência, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro admitia em seus quadros médicos, cirurgiões, naturalistas e boticários como sócios, sem qualquer tipo de discriminação (Ferreira, 1996).

Em 1846, o dr. João José Barboza de Oliveira (?-1874)⁷⁷ propôs-se a responder a duas questões: o que era a doença e onde se localizava a sua sede. Este tema, exposto nas páginas de *O Musaico*, periódico médico baiano que circulou entre 1844-1847, foi uma preocupação vitalista presente na medicina europeia no começo do século XIX (Entralgo, 1978).

Estas inquietações e a forma como o dr. Barboza de Oliveira procurou equacioná-las revelam um homem que, de modo geral, privilegiava a atitude racional e científica, mas, no tocante à medicina, defendia por um lado o vitalismo e, por outro, possuía reservas quanto à Anatomia Patológica, a qual classificou como uma “doutrina temerária, que queria, em suas pretensões ambiciosas,

⁷⁷ Formou-se em medicina na Faculdade da Bahia em 1844, mas pouco se dedicou a esta profissão, pois, assim como outros tantos, se engajou na vida política. Ainda estudante, participou da Sabinada, revolução de cunho federalista e republicano desencadeada em 1837 por Francisco Sabino Álvares da Rocha Vieira. Mais tarde, ingressou no Partido Liberal, chefiado por Manuel Pinto de Sousa Dantas. Elegeu-se deputado provincial e geral, foi Diretor da Instrução Pública da Bahia por muitos anos e organizou o Liceu Provincial. Era pai de Rui Barbosa (Magalhães, 1994).

destruir toda a ciência antiga, para colocar-lhes sobre as ruínas uma bandeira nova” (*O Musaico*, Abril/1846, p. 153).

Para responder ao primeiro desafio – “Doença, o que é?” – ele argumenta que esta pressupõe a vida, pois nos corpos inorgânicos este fenômeno não ocorria, para em seguida defini-la como a luta entre as forças brutas e as forças vitais (ibidem, p. 150).

A doença não é uma alteração nos 4 humores antigos, de Galeno; não é o desconcerto de uma máquina física, de Boerhaave; não é a introdução de um sal, do enxofre, dos iatro-químicos passados, e de Paracelso principalmente, chamado tão injustamente por Trousseau, o Príncipe dos Charlatões; não é o predomínio do princípio mal sobre o bom, como o quiseram alguns médicos alemães embebedos nas fisiologias dos Indiáticos; não é a resulta das desarmonias das forças polares, na opinião dessa escola, também da Alemanha, filha da sua metafísica nebulosa (...) Aceitando uma definição que não é má, e que tem voga em escritos de Andral, Cruvelhier etc., e a qual explica o meu pensamento, já no chão da patologia, – é a luta entre as forças brutas e as forças vitais (ibidem, p. 150).

Ao discorrer sobre a sede das doenças, o dr. Barboza de Oliveira criticou a compreensão de “sede” oriunda da Patologia, por considerar exagerado o raciocínio desta, que dizia que, partindo-se da lesão de textura, chegava-se sempre ao ponto inicial de todas as moléstias. Ele desafiou esta máxima da anatomia patológica, argumentando que, por vezes, ela “folheava um cadáver” e não encontrava vestígios de lesão anatômica, não podendo, assim, afirmar que, através das lesões patológicas, era possível localizar a sede das doenças e prescrever a terapêutica. Em sua opinião, havia doenças que não tinham sede, ou se a tinham, estava localizada no organismo vivo; outras poderiam ter sede nos tecidos, nos órgãos ou no sistema. Quanto à terapêutica, era preciso acionar as forças do organismo, as atividades vitais (ibidem, p. 150-152).

A experiência e a observação eram, para o dr. Barboza de Oliveira, uma base segura de edificação da ciência médica. As demais representavam um “caminhar por trevas, de suposições em suposições, edificando um corpo de doutrinas baseado na área das idéias *a priori*” (ibidem, p. 152).

A Anatomia Patológica também encontrou resistência por parte do dr. José de Goes e Sequeira (1816-1874)⁷⁸, que a descreveu como “doutrina estéril, sem esperança, e sem futuro algum, e que em a natureza outra coisa não distingue senão corpos e órgãos” (BN-BR, *O Athenêo*, 01/10/1849, p. 122). Ele acreditava poder explicar as doenças a partir de uma aliança entre a medicina e a metafísica, sendo esta última a porta que permitiria “entrar no santuário das sensações, das idéias, das paixões, e de outros fenômenos morais” que acometiam o homem, inesperadamente.

São incontestáveis as relações, que existem entre o físico e o moral do homem, e só a medicina e a metafísica de mãos dadas chegaram a entrar na explicação dos fenômenos resultantes desta íntima aliança ou recíproco consenso.

Fatos há que o médico ignorante das ciências filosóficas, à imitação do vulgo, considerará quais estupendos milagres. Como sem o conhecimento da metafísica explicar certas alienações mentais, o delírio, os sonhos, e o restabelecimento de muitas afecções nervosas produzidas por causas morais? Como explicar os procedimentos apresentados pelos possessos, a quase insensibilidade física dos fanáticos e mártires, a natureza de muitas melancolias, da consumpção⁷⁹, da nostalgia e da hidrofobia? Torna-se indubitável, portanto, que estas duas ciências se interrogam mutuamente (*O Athenêo*, 01/10/1849, p. 121).

O dr. Antonio Januário de Faria (1822-1883)⁸⁰ sustentou uma posição diametralmente oposta à do dr. Sequeira, defendendo a separação entre medicina e metafísica. Afirmava que o pensamento estava submetido a uma intervenção orgânica, assim, os atos da inteligência pertenciam ao território da fisiologia (BN-BR, *O Crepúsculo*, 25/03/1846).

⁷⁸ Nasceu em Santo Amaro da Purificação e formou-se em medicina pela Faculdade da Bahia em 1840, onde ensinou patologia geral. Foi presidente da Comissão de Saúde Pública e também Inspetor de Saúde Pública. Ingressou na vida política e cumpriu mandado de Deputado Provincial e Geral (Oliveira, 1992). Teve o seu opúsculo comentado nas páginas da *Gazeta Médica de Lisboa (Gazeta Médica da Bahia)*, 10/09/1866).

⁷⁹ Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença (Holanda, *Dicionário eletrônico*).

⁸⁰ Nasceu em Salvador e colou grau em medicina pela Faculdade da Bahia em 1845. Foi Diretor da Faculdade entre 1874-1881 (Oliveira, 1992). Participou das primeiras reuniões da denominada Escola Tropicalista Baiana, que ocorreram na residência de John Ligertwood Paterson (*Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ, Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 25 ago. 2005).

A antiga medicina entregava-se ao espírito dos sistemas; a observação apurada, paciente e minuciosa dos fatos era-lhe desconhecida; as doutrinas médicas ou nasciam de uma verdadeira inspiração, de um sentimento intuitivo da verdade, ou não passavam de criações temerárias...

Ainda bem que já vão longe esses tempos das generalizações hipotéticas, em que se dispensava o estudo do organismo doente, verdadeiro quadro em que se descobre fielmente os traços da passagem dos agentes patológicos. (...)

Ao bafejo animador da observação e da experiência, nova fase de evolução surgiu para a ciência clínica. Sob a influência da anatomia patológica desmoronou-se o velho edifício da nosologia para ser reconstruído em alicerces mais seguros: a cada ordem de fatos patológicos corresponde nova série de descobertas clínicas, e o escalpelo levado à profundez do cadáver está a revelar todos os dias as causas de modificações mórbidas que passavam no vivo sem razão que as justificasse (MMB, Faria, 1872, p.19-20)⁸¹.

Esta oposição epistemológica de Januário de Faria é indicativa de certa oxigenação na formação acadêmica dos jovens doutores, e anunciadora da emergência de um grupo de médicos receptivos às experiências no campo da anátomo-patologia e desvinculados da geração de mestres formados nas primeiras décadas dos Oitocentos.

O dr. Faria esteve várias vezes na Europa, principalmente na França, com o propósito de acompanhar os trabalhos mais recentes no campo da ciência médica. Este estreitamento com a medicina europeia e com médicos estrangeiros se constituiu num caminho alternativo para aqueles recém-formados, excluídos do hermético grupo de médicos que exercia a clínica pública e privada em Salvador, que, não por acaso, eram os lentes da Faculdade de Medicina.

O acadêmico José Sizenando Avelino Pinho (1819-1882)⁸², ao descrever um caso de clínica interna, ocorrido no Hospital São Cristóvão, o qual resultou em morte, seguida de autópsia, nos revelou a contenda entre dois grupos de médicos e acadêmicos: de um lado, aqueles que acreditavam no diagnóstico do lente de

⁸¹ Chamamos atenção para o fato de esta obra ter sido publicada em Portugal. Um indicativo das relações entre médicos brasileiros e portugueses.

⁸² Natural de Sergipe, ingressou no curso de medicina em 1844, colou grau em 13/12/1849. Era filho de Pedro José Pinho e dona Anna Joaquina do Sacramento Pinho (MMB, Livro de Matrícula, 1816-1874). Durante algum tempo, exerceu a clínica em Alagoas, mas logo em seguida mudou-se para o Rio de Janeiro, onde faleceu. Foi deputado por quatro legislaturas (Blake, 1899).

clínica interna, dr. Antonio Polycarpo Cabral, que, ao examinar o doente⁸³, ainda vivo, identificou como causa do mal o “acúmulo de fezes endurecidas com distensão e dilatação dos intestinos”; o outro grupo, após o exame anatômico patológico, creditou a morte do rapaz a uma inflamação no fígado, que distendeu-se até o hipogástrio. Desta forma, mestres e aprendizes iam checando diagnósticos “ao pé do leito” do paciente com as informações oriundas das autópsias e este novo saber não se estabelecia sem conflitos. Para o estudante Avelino Pinho, não restava dúvidas que a anatomia patológica permitia ver a doença com a “polpa dos dedos” (BN-BR, *O Athenêo*, 01/06/1849, p. 51).

Ao tratar da terapêutica das doenças, o dr. Luís José da Costa recomendou aos colegas alguns cuidados pertinentes, nos moldes da boa clínica: pesquisar as causas, examinar as partes acometidas, conhecer o temperamento do indivíduo, respeitar a época de administrar o remédio, observar a sensibilidade individual, as simpatias, os hábitos, as profissões, as idades, os sexos, o regime, os climas, as estações etc. (BN-BR, *O Athenêo*, 01/05/1849).

A geração espontânea também foi discutida na Bahia, e teve no Acadêmico Cypriano Barbosa Bettâmio (1818-1855)⁸⁴ um dos seus defensores (BN-BR, *O Crepúsculo*, 20/09/1845; 25/10/1845; 10/11/1845). Os proponentes da geração espontânea postulavam a idéia de que os organismos vivos surgiam independentemente de qualquer progênie, seja de matéria orgânica (heterogênese) ou inorgânica (abiogênese), por serem dotados com uma “qualidade vital”. Esta teoria atingiu o seu auge nas três primeiras décadas do século XIX, e mobilizou a atenção de filósofos e cientistas, por envolver questões científicas, religiosas e filosóficas. Esta teoria foi derrubada por Louis Pasteur em 07 de Abril de 1864 no anfiteatro da Sorbonne, quando ele demonstrou, de modo experimental, que o ar comum continha organismos vivos e que as “gerações espontâneas”, em suma, resultavam da contaminação dos meios de cultura, a

⁸³ Tratou-se de um homem pardo, de 18 anos, com temperamento nervoso-sanguíneo.

⁸⁴ Nasceu em Salvador, filho de Jerônimo Barbosa Bettamio. Ingressou no curso de medicina em 1842, colou grau em 25/11/1847 (MMB, Livro de Matrículas, 1816-1847). Durante a epidemia de cólera morbo, em 1855, o dr. Bettamio deslocou-se para a cidade de Santo Amaro em auxílio aos doentes; no entanto, tornou-se uma das vítimas da epidemia (Blake, 1893).

partir de germes oriundos do ambiente externo⁸⁵. Cypriano Bettamio não viveu o suficiente para acompanhar este debate.

As evidências que mostramos até agora indicam que o vitalismo teve adeptos na Bahia⁸⁶. Dinorah de Castro (1973) examinou as “concepções filosóficas” presentes na produção material da Faculdade de Medicina, em particular nas teses médicas⁸⁷, e, para a autora, estas revelaram a existência das doutrinas vitalista, organicista e mecanicista, com predomínio da primeira até os anos 80 do século XIX, período em que as críticas ao vitalismo se tornam mais contundentes. Se o vitalismo predominou nas teses dos formandos em medicina, como demonstra a pesquisa de Castro⁸⁸, o mesmo não podemos afirmar para as outras fontes primárias: os discursos, os livros e compêndios de autoria dos professores e as matérias publicadas nos periódicos médicos, muitas delas redigidas pelos próprios estudantes nos anos 40/50. Na primeira metade do século XIX, as fontes cotejadas nesta pesquisa apontam para uma inclinação da anátomo-patologia e higiene, o que minimiza o debate doutrinal entre “concepções filosóficas”.

Na Bahia, assim como em Lisboa, muitos médicos declararam-se ecléticos. O ecletismo médico, definido como a “ausência de todo o sistema” (Souza, 1852), foi uma resposta racional dos médicos ao animismo, vitalismo, irritabilidade, brousseísmo e anátomo-patologia.

O baiano Aprígio Amâncio Gonçalves, em sua tese de final de curso – *Breves considerações sobre o empirismo* (1853), considerou que o ecletismo era o caminho mais confiável para o médico. Seu colega, Américo Brazílio de Souza, em *Breves considerações sobre o ecletismo em medicina* (1852), afirmou que o ecletismo perpassou por todos os ramos da ciência, mas era, sem dúvida, na medicina que ele se fazia indispensável, por minimizar a exageração e o exclusivismo dos sistemas, uma vez que nenhum deles era absolutamente verdadeiro, nem tampouco inteiramente inverossímil.

⁸⁵ Sobre a geração espontânea na França e o debate entre Pasteur e Pouchet envolvendo a temática, ver Gerald Geison (2002).

⁸⁶ Nos periódicos médicos baianos trabalhados nesta pesquisa, encontramos apenas o dr. João José Barboza de Oliveira (*O Musaico*, 04/1846) e o dr. Salustiano Ferreira Souto (*O Prisma*, 07/1854), vitalistas confessos.

⁸⁷ A partir de 1832, os formandos em Medicina eram obrigados a sustentar uma tese. A primeira delas data de 1836, de autoria do formando Manuel Ezequiel de Almeida (Castro, op. cit.).

⁸⁸ Dinorah de Castro trabalhou com uma amostra de 50 teses entre os anos de 1838-1889.

Assim, os marcos do ecletismo em Salvador demonstram que um grupo de médicos negou os sistemas, numa atitude racional e pragmática, assimilando princípios das mais variadas correntes do pensamento médico.

1.6 UM PROJETO HIGIENISTA PARA SALVADOR

Quando o assunto era higiene e salubridade pública, os médicos baianos não economizaram tinta para tratar da questão. Foi em fins do século XVIII e início do XIX que a higiene pública tornou-se o tema dominante nas esferas eruditas da sociedade, e esteve associada ao progresso e à civilização. Considerando-se que neste período as cidades apresentavam-se sujas, insalubres e impregnadas de odores nauseantes, não se coadunando, portanto, com os padrões modernos, os governantes iniciaram um processo de intervenção na urbe, que consistia na derrubada de prédios deteriorados ou que impediam a circulação do ar; no estudo da localização das casas e do material utilizado na construção; na drenagem, pavimentação, alargamento e iluminação de ruas; na melhoria no suprimento de água potável à população e na organização do sistema de esgotos, para que os dejetos não fossem atirados às ruas (Rosen, 1994; Corbin, 1987). A saúde pública foi identificada com os interesses de orientação policial e política, com foco na população, na melhoria das condições sociais e ambientais que produziam a doença (Brandt e Gardner, 2000).

Concomitantemente a este movimento de higienização e reforma das cidades, os hospitais também se remodelam, num processo denominado por Michel Foucault (1998) de “medicalização do hospital”, onde procuraram livrar-se dos seus efeitos nocivos, ou seja, das doenças que o nosocômio poderia suscitar nas pessoas ali internadas, e o perigo que estes estabelecimentos representavam para a cidade, por serem um foco contínuo de doenças.

Segundo Lécuyer (1986), o higienismo esteve relacionado epistemologicamente ao chamado neo-hipocratismo, ou seja, a uma medicina preocupada com as causas, a origem e a localização da doença no meio geográfico. Assim, os médicos higienistas procuravam estabelecer a correlação

entre os fenômenos patológicos, o ambiente natural e o padrão sócio-cultural vigente⁸⁹.

Devemos acrescentar que o paradigma da higiene incorporou as contribuições da química e da física à interpretação das fermentações de ordem química, que produziam os gases deletérios, os quais impediam a atuação do oxigênio. Estes gases morbíficos eram produzidos pela matéria orgânica em putrefação, originada por restos e excrementos de animais, folhas de árvores, fossas sépticas fissuradas, pisos com falhas, calçamentos mal sustentados, porões, túmulos mal obturados, matadouros, fábricas, cadeias, hospitais (Corbin, 1987). De acordo com este modelo, o ar atmosférico tornou-se o principal vetor de propagação das enfermidades epidêmicas.

O acadêmico baiano José Cândido da Costa (1826-1882)⁹⁰ manteve-se fiel aos preceitos higienistas, ao descrever as habitações na cidade de Salvador. Ele chamou a atenção para o sistema irregular de construção de casas em Salvador, onde “cada um as faz como quer, do que quer e muita vez onde quer, pouco se lhe dando com a saúde dos que vão habitar” (*O Athenêo*, 01/05/1849, p. 21). Seu olhar não poupou nenhum detalhe. Começou pela qualidade do solo, que era seco, exceto nas partes aterradas, exatamente onde a maior parte da população se concentrava, construindo suas moradias. Mesmo em locais de terreno seco, as casas estavam sempre úmidas, principalmente no inverno, onde as águas das chuvas se infiltravam através das paredes e do terreno. Os materiais utilizados para construção – pedras, tijolos, barro, areia, cal, madeira – muitas vezes contribuía para a retenção da umidade, a exemplo das pedras porosas, dos adobes⁹¹ e das madeiras verdes. Muitas casas eram cercadas de grandes edifícios, com janelas e portas desproporcionais, com ventilação inadequada; ou eram úmidas ou expostas aos rigores das estações, escuras e com escadas em declives a ponto de ser uma “temeridade galgá-las”. As construções de dois andares e as lojas também apresentavam seus problemas: as partes altas eram quentes no verão e frias no inverno, além de serem de difícil ascensão. Quanto às

⁸⁹ Sobre o neo-hipocratismo e a constituição do higienismo moderno, ver Patrice Bourdelais (2001).

⁹⁰ Nasceu em Salvador, filho de José Caetano da Costa e dona Hilária Maria da Costa, doutorou-se em medicina pela Faculdade da Bahia e estabeleceu-se como clínico em Caravelas, onde exerceu, além da clínica, também cargos públicos (Blake, 1898).

⁹¹ Pequeno bloco semelhante ao tijolo, preparado com argila crua, secada ao sol.

baixas, ou seja, as lojas⁹², estavam muito próximas do chão, portanto eram úmidas, pouco aptas para a ventilação natural e também sofriam os rigores do verão e do inverno. Para agravar mais a situação, as habitações eram apinhadas de gente, cujas famílias, impelidas pela miséria, abrigavam uma numerosa parentela num “pequeno e escuro quarto”.

O futuro médico redimiou os sobrados elevados da cidade alta, considerando-os bem ventilados e muito próximos à habitação adequada. José Cândido da Costa idealizava que a casa ideal era aquela que não estivesse entre outras, desse para um campo, jardim, passeio ou mar, pois “estes objetos alegram a vista, e influem por muito na conservação da saúde” (ibidem, p. 22). Mas apenas poucas pessoas tinham acesso a estas moradias salubres. A grande parcela da população residia em habitações desaprovadas pela medicina higienista. Este aspecto fornecerá argumentos explicativos para uma série de doenças, inclusive as epidêmicas.

Em se tratando de moradias, o nosso aprendiz de esculápio enumerou as doenças provocadas pelas casas recém-construídas:

Nós temos muita predileção para com as casas novas – queremos habitá-las imediatamente: entretanto quantos males não nos causam este abuso? Oh! Não há objeto de que o homem seja tão pródigo, como de sua saúde. – Reumatismos, ingurgitamentos das articulações, bronquites, tísicas, escrófulas, tumores brancos eis as moléstias, que originam ordinariamente as casas novas – moléstias devidas à umidade, que contêm (ibidem, p. 23).

José Cândido da Costa avaliou também os alimentos que iam para a mesa do baiano nos seus *Apointamentos para um tratado de Bromatologia pública da cidade de São Salvador* (BN-BR, *O Athenêo*, 01/04/1849). Inicia afirmando que a alimentação dos habitantes da cidade da Bahia era “variadíssima”, para em seguida discorrer sobre cada uma delas, apontando benefícios e malefícios que estas trariam ao organismo humano.

Os escravos e pobres comiam a carne salgada, e os mais abastados ordinariamente ingeriam as carnes de galinhas e vaca. A carne de porco e das outras aves estavam reservadas para os dias festivos. Estes alimentos foram

⁹² Casas térreas.

considerados tônicos e nutrientes, desde que o estômago pudesse reagir sobre eles, estivessem convenientemente preparados e proviessem de boa fonte. Era neste aspecto que residia o problema da carne verde⁹³:

Os animais (...), vindo-nos de partes longes, quando chegam ao nosso curral, além de pelos caminhos sofrerem mil tormentos, devidos ao lamentável estado de nossas estradas, à falta de abrigos, bebedouros e pastos, caem logo debaixo do cutelo do carniceiro. – Esta carne assim magra, havida de um animal cansado, transita sobre as costas de burros e cavalos por algumas ruas da cidade, descoberta, e pois exposta ao sol, a chuva e a voragem de diversos insetos, e vai dar em algum açougue.

Levemos o leitor a um destes receptáculos da nossa principal alimentação.

É uma casinha ordinária de uma ou duas portas, acaçapada, escura, mal arejada – um mar de moscas é a sua atmosfera, lança de si um fedor nauseante – devido a restos de carnes putrefeitas. – Um negro nojento e coberto de suor tem na mão uma machadinha, e sobre um cepo cheio de fragmentos de ossos, etc., corta aquela porção de carne de que necessita o comprador (*O Athenêo*, 01/04/1849, p. 16).

O leite era falsificado com água. Os peixes secos, salgados e frescos eram alimentos menos nutrientes que as carnes, mas poderiam se tornar nocivos quando levavam muito sol e chuva, passavam de mão em mão, por todas as ruas da cidade, dentro de uma gamela (ibidem, p. 16-17), provavelmente a dos vendedores de peixes.

Das raízes, a mandioca era a preferida e consumida em forma de farinha. O inhame e o aipim eram considerados mais nutrientes e saborosos que a mandioca. As folhas mais usadas eram as de língua-de-vaca, as couves, os repolhos, as alfaces e mostardas, que eram tidas de fácil digestão, mas pouco nutritivas. O pão de trigo era geralmente mal levedado, segundo Cândido da Costa, graças à desonestidade da maioria dos padeiros, que misturavam farinhas boas e más. O arroz e o milho foram aprovados pelo estudante, classificados como alimentos nutritivos e de fácil digestão (ibidem, p. 17).

Em se tratando dos legumes, que para o nosso informante eram muito sortidos entre os soteropolitanos, eram de difícil digestão e causavam

⁹³ Carne fresca, não salgada (Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

“ventosidades”. Dentre as frutas, predominava o ananás⁹⁴, a manga, a laranja, a pinha e a banana, sendo esta última parte da alimentação de muita gente pobre. Costa elencou uma infinidade de outras frutas que “são um dos orgulhos da Bahia”, como os maracujás e as jacas. Concluiu dizendo que a cozinha baiana era inigualável, “nela se preparam os vatapás, as moquecas e os carurus, que fazem supor os estrangeiros, não habituados, que estão deitando *fogo e sangue* pela boca” (ibidem, p. 17).

Luís dos Santos Vilhena, 50 anos antes de José Cândido da Costa, já havia descrito as iguarias baianas, que eram vendidas nas ruas da cidade pelos negros: mocotós, pamonha, canjica, acarajé, mingau, arroz de coco, bobó, angu, roletes de cana etc. O cronista ficou estarelecido de ver que, das casas mais opulentas desta cidade, onde se davam os contratos e negociações de grande porte, saíam oito, dez ou mais negros a vender pelas ruas “as coisas mais insignificantes e vis” (Vilhena, 1969, p. 130)⁹⁵, ou seja, as iguarias da culinária baiana que movimentavam a economia varejista de Salvador. Aliás, este é um hábito ainda muito presente nas ruas da cidade, e os estrangeiros, desavisados, que diante do tabuleiro da baiana pedem um acarajé “quente”, ou seja, com molho de pimenta malagueta, por certo que ainda deitam “fogo e sangue” pela boca, quando não, experimentam uma forte diarreia.

Em outro número de *O Athenéu* (01/07/1849), Cândido da Costa criticou os dobres dos sinos, considerados como um “atentado contra a saúde pública” porque anunciavam tristeza, capaz de “repercutir no coração da mulher, que labuta para parir – estado verdadeiramente crítico – lá vão apressar os momentos do moribundo, lá vão impelir para o suicídio aquele que, com a arma mortífera na mão flutua entre a vida e a morte”; a insalubridade das igrejas, tidas como prédios rodeados de casas, impedindo que o ar circulasse livremente; o sepultamento em igrejas, provocando as “exalações mefíticas” das tumbas; o enterro de pessoas ainda vivas; a abertura de covas com menos de um ano do último enterramento; e não poupou censuras às leis sanitárias da província da Bahia, a qual chamou de “sentina” (*O Athenéu*, 01/07/1849, p. 62-64).

⁹⁴ Palavra de origem indígena que significa abacaxi.

⁹⁵ A edição original é de 1802.

Em 1854, o dr. Domingos Rodrigues de Seixas (1830-1890)⁹⁶ publicou *Memória sobre a salubridade pública na Província da Bahia*, e também condenou as habitações soteropolitanas, pelos mesmos motivos elencados por Cândido da Costa em *O Athenêo*. O dr. Seixas dirigiu seu olhar higienista ao matadouro público, o qual considerou o ponto de partida de um grande número de moléstias, porque derramava no ar atmosférico “os miasmas mais malignos e destruidores” (Seixas, 1854, p. 37). Além disso, ele descreveu bandos de urubus circulando nas imediações, africanos cobertos de sangue, esquartejando as reses e entregando os intestinos às africanas (ibidem, p. 37-38), que certamente os transformariam nas iguarias a serem vendidas nas quitandas⁹⁷ de Salvador.

Os hospitais também não foram poupados. Situados no interior da cidade, foram considerados como verdadeiros destruidores da saúde, “com foros de instituição de caridade” (ibidem, p. 62). Aqui o dardo foi certo para o Hospital São Cristóvão (o hospital da Misericórdia) que, na opinião do dr. Seixas, exalava miasmas intoxicados através de suas janelas e provocava a ruína da saúde da população. Para que um nosocômio se inserisse nos parâmetros requeridos pela salubridade pública⁹⁸, ele deveria ser construído fora do centro da cidade, em lugar livre e amplo, na direção de leste a oeste, de modo a apresentar suas quatro faces ao sol durante o dia. Suas salas deviam se comunicar para que se desse a renovação do ar; as janelas, além de largas, deveriam ocupar um terço da altura das paredes e ser colocadas em oposição, de norte a sul; as salas deviam ser da largura de 24 palmos, e a ala que separa os leitos deveria medir 12 palmos; e existir um cubo atmosférico por doente. Também seria necessário que houvesse, em cada hospital, uma sala reserva para receber os doentes e que o número destes fosse limitado (ibidem).

⁹⁶ Nasceu em Salvador, colou grau em medicina em 1851 (Oliveira, 1992, p. 191). Foi proprietário da Casa de Saúde São Francisco, conforme consta nos documentos por ele enviados, ao Presidente da Província, existentes do Arquivo Público da Bahia. Ele foi catedrático de Higiene na Faculdade de Medicina.

⁹⁷ O mesmo que feira livre. Em princípio do século XIX, havia três: a quitanda do Terreiro de Jesus, a da praia e outra nas portas de São Bento (Vilhena, 1969).

⁹⁸ Segundo Domingos Rodrigues de Seixas (1854), o conceito de salubridade pública abrangia os conhecimentos físicos e químicos (estudos do ar, das águas e da topografia do globo), higiênicos, patológicos e ainda a terapêutica.

O Hospital Montserrat⁹⁹, na opinião do dr. Seixas, atendia a alguns destes pré-requisitos, a exemplo de se encontrar fora do perímetro urbano. No entanto, foi reprovado em relação aos cômodos, a disposição dos leitos e da casa. Quando crescia o número de doentes, os leitos diminuía seus espaços laterais, as varandas eram usadas como enfermarias, impedindo, assim, a renovação do ar. Sentenciava o médico que o governo não deveria tratar de tal forma os “infelizes estrangeiros”, que eram envenenados com os ares nefastos da capital baiana (ibidem).

Certamente os estudos dos hospitais existentes na capital baiana inspiraram o dr. Seixas a fundar a Casa de Saúde São Francisco. Esta instituição privada aparece noticiada em vários periódicos baianos, como também nas correspondências do Presidente da Província (APEB, Série Saúde, maço 5329, Casa de Saúde São Francisco). Todavia, desconhecemos estudos a respeito da mesma. Em 1854, ocasião em que foi escrita *Memória sobre a salubridade pública na Província da Bahia*, havia em Salvador o Hospital São Cristóvão, do qual trataremos mais adiante, o Hospital Montserrat (1853); o Hospital da Marinha (?), localizado na Ribeira; o Hospital Regimental, funcionando no Quartel da Palma (1759); o Hospital dos Lázaros (1787), e outros hospitais particulares ou ligados a ordens religiosas, a exemplo do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco (1802)¹⁰⁰; do Lazareto Marítimo de Itaparica (1850); Hospital de Jerusalém (?); Hospital de São Bento (?); Hospício da Piedade (?); Hospício de Sergipe (?); Hospícios dos Religiosos Franciscanos (?); Hospício Nossa Senhora da Palma dos Agostinianos (?); Hospício Nossa Senhora do Carmo¹⁰¹ (Almanak Administrativo, 1854; Seixas, 1854; Costa, 2000; Russel-Wood, 1981; Amaral, 1923; Nascimento 1986; Vianna, 1893; APEB, Série Saúde, maço 5329, Casa de saúde São Francisco)¹⁰².

⁹⁹ Criado em 09/04/1853 em consequência da febre amarela, para nele serem tratados todos os estrangeiros marítimos, uma vez que eles representavam um percentual significativo do total de enfermos, conforme demonstraremos no capítulo IV. Este Hospital era reaberto sempre que as doenças consideradas epidêmicas apareciam em Salvador (Amaral, 1923).

¹⁰⁰ Esta foi a data em que o hospital começou a ser construído.

¹⁰¹ Destacamos que, em 1866, foi fundado o Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência.

¹⁰² Destacamos que muitas das fontes primárias e secundárias que fazem referência a estes hospitais, lazaretos e casas de saúde não revelam o ano da sua fundação.

Durante o século XIX, ocorreram epidemias de febre amarela e de cólera, além de outras doenças epidêmicas que ceifavam muitas vidas na Europa e América, a exemplo da varíola, do tifo exantemático, da febre tifóide, da disenteria, da difteria e da escarlatina (Rosen, 1994). Estes eventos epidêmicos levaram as nações da Europa e da América a empreenderem mecanismos de controle das epidemias, principalmente nas cidades portuárias. Em Salvador, estava localizado um dos principais portos do Brasil, por onde entraram homens, mercadorias e doenças, como a febre amarela que assolou a capital, o Recôncavo e o interior da Província em 1849/50, e a epidemia de cólera em 1855/6. Assim, os higienistas se debruçaram largamente sobre esta temática e muitos foram os trabalhos produzidos no bojo das preocupações epidêmicas¹⁰³.

O dr. José Antonio de Freitas (1830-1894)¹⁰⁴, em Outubro de 1854 escreveu as *Breves considerações sobre a febre amarela e a salubridade pública* em *O Prisma*. Neste artigo, ele relata e numera as medidas tomadas pelo Estado que, de modo geral, seguem as diretrizes internacionais de política e de saúde públicas no combate às doenças epidêmicas, tais como a criação da Junta de Higiene Pública, mais severidade na fiscalização do porto, através do exame das embarcações e das quarentenas, maior atuação da Câmara Municipal na fiscalização da origem e qualidade dos produtos comestíveis, e criação de um hospital específico para doenças contagiosas, neste caso, o Montserrat.

Vale lembrar que, antes da Criação da Junta ou Comissão de Higiene Pública, a Bahia já havia instituído o Conselho de Salubridade pela Lei nº 73, de 15/06/1838 (Nascimento, 1986). Este órgão possuía um caráter consultivo e pouco interferiu efetivamente na implantação de políticas de saúde pública. Sua principal função foi a distribuição e aplicação da vacina antivariólica. Seus membros eram médicos, cirurgiões e farmacêuticos, além de outros homens versados em ciências físicas e naturais. Em fins da década de 40, este órgão sofria críticas severas por parte dos médicos e dos acadêmicos, que se propuseram a discutir questões de salubridade pública: Cândido da Costa comparou a Bahia a uma “sentina” (*O Athenêo*, 01/07/1849, p. 62-64) e Domingos

¹⁰³ Sobre as epidemias em Salvador, ver os trabalhos de Athayde (1985), David (1996), Mattoso e Athayde (1973) e Nascimento (1981).

¹⁰⁴ Nasceu em Salvador e colou grau em medicina no Rio de Janeiro em 1847. Foi professor da Faculdade de Medicina da Bahia.

Rodrigues de Seixas (1854) afirmou que o Conselho de Salubridade nunca instruiu o povo a respeito das moléstias, suas causas e tratamento mais adequado.

Mais uma vez, a salubridade dos hospitais foi alvo de ferrenha discussão. Para o dr. Freitas (BN-BR, *O Prisma*, 10/1854), o local escolhido para instalação do Hospital Montserrat não poderia ser pior, porque aquela localidade estava sujeita à influência dos ventos, que sopravam sobre a cidade dois terços do ano, como também por estar muito perto de centros populosos, como Itapagipe e Calçada do Bonfim. Os doentes teriam que atravessar a cidade para chegar ao hospital, quando o tempo não permitia chegar por mar, “infeccionando toda a cidade” (*O Prisma*, Outubro/1854, p. 127). Para completar o quadro das desvantagens, o enterro dos mortos se fazia nos arredores do edifício, espalhando a contaminação do mal epidêmico, ao invés de reduzi-lo. O local adequado para instalar o hospital de isolamento, na opinião de José Antonio de Freitas, era uma das ilhas da Baía de Todos os Santos.

A idéia de criar um lazareto para tratar dos doentes portadores de doenças epidêmicas esteve baseada na crença do contágio da febre amarela. O dr. Freitas estava a par das discussões polêmicas entre contagionistas e anticontagionistas para a explicação das doenças e tomou o partido dos últimos.

Os anticontagionistas se baseavam na “teoria da imundície”, argumentando que as “causas locais”, como pântanos e esgoto, eram suficientes para causar epidemias. Eles criticavam duramente as quarentenas, defendidas pelos contagionistas, pois estas mantinham as pessoas na área insalubre, expondo-as às “causas locais”. As quarentenas possuíam efeitos psicológicos sobre a população, que ficava isolada de sua família e amigos, e também efeitos econômicos, uma vez que prejudicavam o comércio em geral. Assim, na visão dos anticontagionistas, elas deveriam ser substituídas por medidas higiênicas e sanitárias, como redes de esgoto e drenagem de pântanos. Os anticontagionistas estudaram as epidemias como uma experiência urbana, comunitária, e propuseram reformas sanitárias com o objetivo de criar uma sociedade livre da ameaça das epidemias (Heaman, 1995).

Os contagionistas assimilaram a idéia de *contágio* definida por Fracastoro no século XVI, onde a transmissão da mesma doença de um enfermo para uma

pessoa sadia se dava através de agentes que se perpetuavam – germes – e que residiam em fluidos corporais. Eles podiam se disseminar através das roupas e lençóis. Isto não explicava claramente doenças como a febre amarela (transmitidas por mosquitos) ou aquelas transmitidas pela água, como cólera e tifo (Heaman, op. cit.)¹⁰⁵.

Assim, as fontes primárias revelaram que não havia homogeneidade no pensamento médico na Bahia da primeira metade do século XIX. Esta fragmentação epistemológica, também verificada na Europa, foi uma condição necessária para a solidificação das ciências médicas e para a afirmação dos médicos enquanto categoria profissional.

¹⁰⁵ Sobre a discussão polarizada sobre contagionismo e anticontagionismo, ver Erwin Ackerknecht (1948).

2 O HOSPITAL SÃO JOSÉ

No capítulo anterior, vimos quais as ferramentas intelectuais utilizadas pelos médicos para compreender e explicar a saúde e a doença na primeira metade do século XIX. Neste capítulo, veremos como e quando aquelas foram utilizadas no processo de medicalização do Hospital São José, em Lisboa. Utilizamos como fontes primárias os quadros estatísticos, nosológicos e o *Regulamento do Hospital São José*, o *Anuário clínico da arte obstétrica, começado no princípio de setembro de 1825 e terminado no fim de agosto de 1826* do cirurgião português, Joaquim da Rocha Mazarém, e os casos clínicos e cirúrgicos publicados na *Gazeta Médica de Lisboa*.

O Hospital São José, desde a sua fundação, agregou o tratamento dos doentes e a formação dos cirurgiões. Ao tratar deste hospital, fizemos um breve histórico da sua trajetória nosocomial, enfatizando sua relação administrativa com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a vocação desta em administrar a assistência médico-hospitalar.

Em fins do século XVIII e início do XIX, a pobreza, a doença, a vadiagem, os excessos com bebidas e jogos e as carências da população começaram a ser encarados como elementos desorganizadores da sociedade, e o Estado passou a promover intervenções institucionais capazes de sanar ou minimizar tais questões (Crespo, 1990). Portugal começava a organizar uma estrutura de higiene pública

para conter os excessos, inclusive de óbitos, que se tornavam muito elevados em épocas de epidemias.

Com a implantação do regime liberal nas primeiras décadas do século XIX, o Estado passou a ser mais cuidadoso com a saúde da população, o que resultou na formulação de uma série de medidas, que tinham por princípio o bem-estar dos indivíduos. Foram elas: a criação da Junta do Protomedicato (1782), da Junta de Saúde (1813), da Instituição Vacínica (1812) e da Portaria de Outubro de 1812, que obrigava médicos e cirurgiões a notificarem as autoridades sobre as doenças mais recorrentes nas instituições onde atuavam, a exemplo das Câmaras, dos hospitais civis e das cadeias. Assim, a saúde e a doença tornaram-se uma responsabilidade do governo, ainda que este tenha continuado a dividir algumas tarefas com a Igreja, com particulares e com os irmãos das Misericórdias e outras irmandades (Lopes, 1998).

Pretendemos demonstrar que, no contexto da implantação do estado liberal português, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa deixou de administrar o Hospital São José e, neste momento, os médicos e cirurgiões passaram a exercer maior influência na gestão daquele nosocômio, tornando-o um espaço de cura, cuja função era tratar as doenças e não asilar os pobres.

Nossa discussão sobre as mudanças processadas no Hospital São José estão pautadas na formulação de Michel Foucault para o processo que ele chamou de “medicalização” dos hospitais, ou seja, na idéia do hospital como instrumento terapêutico. O argumento de Foucault (1998) se apóia em dois processos: na intervenção médica e da “disciplinarização” do espaço hospitalar.

Caracterizamos quem foi o doente atendido nas enfermarias do São José, categorizando-os por sexo, estado civil, profissão, idade e região de origem. Reconstituímos o quadro de incidência¹ e prevalência² das doenças e como elas foram tratadas pelos facultativos.

Ao trabalharmos com o registro hospitalar das mulheres doentes, percebemos um número significativo de partos realizados na enfermaria Santa Bárbara, em um período que antecedeu a constituição da ginecologia e da

¹ Termo utilizado pela epidemiologia que traduz a idéia de intensidade com que acontece a morbidade de uma população.

² É outro conceito que extraímos da epidemiologia, que expressa a força com que as doenças subsistem nas coletividades.

obstetrícia, enquanto especialidades médicas³. Ademais, a literatura secundária que trata da obstetrícia portuguesa para o século XIX e início do XX é enfática em apresentá-la como “atrasada”, restrita às parteiras e ao espaço doméstico.

A leitura do *Anuário clínico da arte obstetrícia* (1826), do cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém, chefe da enfermaria Santa Bárbara e titular da cadeira de Partos na Escola Régia de Cirurgia de Lisboa, tornou possível fazer uma análise acurada da atenção que os facultativos do Hospital São José dispensaram às mulheres grávidas e paridas. Este material teve um duplo valor: revelou como uma especificidade feminina – o parto – foi tratada, e como cirurgiões e médicos associaram as observações clínicas às informações das doenças nos órgãos e tecidos através da autópsia.

O registro dos casos mais importantes da enfermaria Santa Bárbara, somados aos livros de obstetrícia escritos por cirurgiões portugueses nas primeiras décadas do século XIX, revelaram o quanto a medicina portuguesa se afastou das concepções galênicas acerca das doenças, para percebê-las nos moldes da fisiopatologia, conforme demonstramos no capítulo III.

2.1 AS MISERICÓRDIAS E O PARADIGMA CARITATIVO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A necessidade de construir um grande hospital para atendimento de civis em Lisboa se deu em fins do século XV, momento em que esta cidade se tornava a “Veneza do Atlântico”. Em 1479, a pedido de D. João II, o Papa Sixto IV concedeu autorização para construção de um hospital em Lisboa, mas só em 15 de Maio de 1492 foi lançada a primeira pedra⁴, e a inauguração ocorreu em 1501, no reinado de D. Manuel. O local escolhido compreendia a área de uma horta que pertencia ao Convento de São Domingos situada entre o Rossio, o Poço do Borratém e a Rua da Betesga. A obra foi concluída no reinado de D. Manuel que, através de uma carta, datada de 1503, deu como concluído o edifício do Hospital

³ Sobre este tema, ver Rohden (2001) e Martins (2004).

⁴ Sobre detalhes da Fundação do Hospital Real de Todos os Santos e sua existência ao longo dos séculos XVI, XVII e XVIII, ver José Leone (1993) em *Subsídios para a História dos Hospitais Civis de Lisboa e da Medicina portuguesa (1948-1990)*. Esta obra foi lançada por ocasião das comemorações do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos os Santos.

Real de Todos dos Santos. Porém, os primeiros internamentos e a nomeação dos funcionários (físico, cirurgião, boticário, clistaleira⁵, enfermeiros) ocorrerá um ano antes, em 1502 (Leite, 1993; Lemos, 1991; Mira, 1947).

A criação do Hospital Real de Todos os Santos incorporou uma série de pequenos hospitais de Lisboa, a exemplo do Hospital de Afonso Martins Albernás, situado à Porta da Alfama; o dos Alfaiates, situado ao Monturo da Orca; dos Armeiros, Caldereiros e Barbeiros, situado à rua da Betesga; dos Carpinteiros, Correeiros, Ordeiros e Pedreiros, situado às Pedras Negras; dos Clérigos Pobres, à rua da Betesga; dos Ourives, à Rua do Arco do Rossio, e dezenas de outros⁶. Esta centralização foi apoiada pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que, por seu caráter assistencial e caritativo, demonstrava pretensões de centralizar a assistência à saúde.

⁵ Funcionária responsável pela aplicação do clister. Augusto da Silva Carvalho (1949) fala da existência das cristaleiras como membro do serviço de enfermagem. O *Regimento de 1572* já considerava este ofício, onde rezava: “Toda a mulher que quiser usar do ofício de cristaleira o não poderá fazer sem primeiro ser examinada pelo físico da cidade se é suficiente para o tal oficial, e achando que o é lhe passará uma carta e dado juramento de fazer verdade na qual carta irão todas as coisas que ela for obrigada a fazer por este regimento que lhe outrossim será dado. E pagará ao dito físico da certidão trinta réis, e sendo achada sem a dita carta de exame pagará mil réis para a cidade e a outra para quem a acusar. (...) Nenhuma cristaleira poderá deitar clisteres senão de cozimento comum feito de malvas, celgas, urtigas, morta, folhas de viola, malvaisco, água de farelos, axeita, mel e sal sem outra erva nem meizinha da botica ainda que lho diga o doente salvo se for por mandado do médico que o cura, sob pena de pagar do tronco mil réis.” (*Livro dos Regimentos dos Oficiais Mecânicos de mui nobre e sempre leal cidade de Lisboa*, 1572. Obra fac-simile, publicado e prefaciado pelo dr. Vergílio Correia, Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926, cap. LXXII – Do Regimento das Cristaleiras, fl. 248-verso)

⁶ Segundo Carvalho (1949), a concentração dos pequenos hospitais, hospícios e albergarias em uma única instituição se deu em fim do século XV e início do XVI, momento em que começa a se organizar a assistência hospitalar laica. Até então, os hospitais estavam sob jurisdição e fiscalização das autoridades eclesiais. Ver relação completa dos Hospitais incorporados pelo Hospital Real em Lemos (1991, v. 1, p. 100-102) e em Carvalho (op. cit.).



FIGURA 2: O Rossio e o Hospital Real de Todos os Santos – Painel de Azulejos, 1ª metade do século XVIII, Lisboa, Museu da Cidade, Inv MC AZU 40.

O Hospital Real de Todos os Santos foi atingido por vários incêndios ao longo da sua existência. O primeiro foi em 1601, destruindo o interior da Igreja. O segundo, em 1750, atingiu novamente a Igreja e várias dependências hospitalares, obrigando a transferência dos doentes para o Convento do Desterro. Uma reforma completa foi planejada, mas nunca chegou a ser executada, porque o terremoto de 1755 pôs abaixo os prédios de toda a cidade e o Hospital Real de Todos os Santos não escapou da catástrofe.

Em 1769, D. José I decretou a transferência do Hospital Real para o então extinto Colégio Jesuíta de Santo Antão. A arquitetura do prédio foi adaptada para atender às novas funções por Manuel Caetano de Souza (Lemos, 1991), e os doentes foram transferidos para o novo prédio em Abril de 1770, do agora denominado Hospital São José.

O Estado português, em fins do século XV, revitalizou o modelo medieval conhecido como “espiritualidade de beneficência”, caracterizado pela mobilização da piedade cristã, imputando aos grupos socialmente favorecidos a obrigatoriedade de socorrer os indivíduos desamparados (Ramalho, 1988/89; Sá, 2001). Esta composição de assistência gerida em escala local, mas sob tutela do poder central, articulou a sociedade civil e laica para executar os serviços de proteção e amparo da população e, em particular, a administração dos hospitais⁷.

⁷ Sobre a expansão hospitalar portuguesa ultramarina na Ásia, África e Austrália, ver Pina (1943) e Abreu (2001).

As Misericórdias tomaram a seu cargo o socorro aos pobres e aos doentes, uma vez que tais ações faziam parte da finalidade destas confrarias⁸. Assim, elas passaram a reivindicar a incorporação dos hospitais e gafarias⁹, principalmente após o período Tridentino (Sá, 2001). Nas primeiras décadas do século XVII, o paradigma assistencialista das Misericórdias já estava configurado e estas irmandades iniciaram um processo sistemático de anexação dos hospitais.

A sistemática reunião dos hospitais proporcionou benefícios econômicos e maior visibilidade às Misericórdias, porque isto, além do patrimônio que os hospitais traziam, abriu a possibilidade de novas arrecadações, através das doações pias e da administração das missas (Abreu, 1999; 2002; Costa, 1999)¹⁰. Assim, explica-se o fato das Santas Casas tentarem evitar a concorrência de outras entidades que pudessem dividir com elas o espaço da assistência, sobretudo quando isto incluía os hospitais. Este comportamento, segundo Laurinda Abreu (2001), se estendeu do Brasil a Goa.

Embora as Santas Casas estivessem irmanadas pelos mesmos objetivos, elas se constituíam em unidades locais independentes umas das outras. Esta característica foi salutar para o Estado português, porque impediu que estas confrarias¹¹ criassem corpo político independente dentro da sociedade portuguesa, e a monarquia sempre fez questão de lembrar que, acima de qualquer Misericórdia, estava o Estado (Abreu, 2002).

O Estado português, ao transferir para as Misericórdias responsabilidades assistenciais tão abrangentes, reforçou a intervenção da sociedade civil na gestão da assistência, mantendo-a no estrito campo da caridade.

O Hospital Real de Todos os Santos, depois Hospital São José, foi administrado pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa de 28 de Junho de 1564

⁸ No *Compromisso de 1516 da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, o qual forneceu o modelo para as demais Misericórdias, incluindo-se neste rol a Misericórdia da Bahia, cabia à Irmandade pautar as suas ações em 7 obras espirituais (ensinar os simples, dar bom conselho a quem o pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes, perdoar a quem nos errou, sofrer as injúrias com paciência, rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos) e 7 obras corporais (remir cativos e visitar os presos, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pousada aos peregrinos e pobres, enterrar os finados) (Manuel, 1988/1989).

⁹ Leprosário.

¹⁰ Laurinda Abreu (1999) trabalha com a idéia do Purgatório contribuiu para a riqueza patrimonial das Irmandades da Misericórdia.

¹¹ Utilizamos os termos confraria e irmandade como palavras sinônimas, uma vez que a separação entre estas formas de associação ocorre em 1917 (Abreu, 1999).

até meados dos anos 30 do século XIX. De acordo com o *Compromisso de 1818*, da Misericórdia de Lisboa¹², o hospital era dirigido por um Enfermeiro-Mor, que deveria viver em grande proximidade com esta Instituição, para garantir-lhe o bom funcionamento (SCML, Compromisso de 1818, p. 54). O Hospital São José respeitava o organograma administrativo determinado no Compromisso de 1818, mas guiava-se por um regimento próprio (SCML, Compromisso de 1818, p. 55).

Os escolhidos para desempenhar a função de Enfermeiro-Mor eram pessoas oriundas da nobreza portuguesa, conforme se depreende da lista abaixo:

1801 – 1810	D. Lourenço de Lencastre.
1810 – 1812	D. Francisco d’Almeida de Mello e Castro
1812 – 1818	D. Antonio Armando Saldanha da Camara
1818	Visconde de Mesquitella Visconde da Lapa D. Desiderio de Lencastre
1818 – 1821	Thomaz de Mello Brayner
1821 – 1822	D. Luiz de Vasconcellos e Sousa
1822 – 1823	D. Álvaro Antonio de Noronha de Abranches Castelo Branco Francisco Telles de Mello
1823	José Telles da Silva D. Prior de Guimarães Marquês de Torres Novas
1823 – 1826	D. Luiz de Vasconcellos e Sousa
1826 – 1831	Principal Camara
1831 – 1834	D. José Maria da Cunha

Fontes: Silva, 1853, p.8-9; Leone, 1993, p. 40-41.

A partir de 1834, o Hospital São José passou a ser gerenciado por comissões administrativas, compostas por indivíduos pertencentes à elite social, nomeados pelo governo.

No cenário político portugalense, este foi o ano em que, pelo Decreto de 30 de Maio de 1834, D. Pedro IV (que havia abdicado à coroa brasileira em 7 de Abril de 1831 e proclamou-se regente de Portugal em 3 de Março de 1832) empreendeu um vasto plano de reformas, de carácter liberal, dentre elas a extinção, em todo o Reino Português, das ordens religiosas masculinas e

¹² Victor Ribeiro, em sua obra *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Subsídios para a sua História) 1498-1898* (1998), publicada originalmente em 1902, afirma que este Compromisso foi publicado no Brasil, por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. As publicações foram: 1858, Empresa Tipográfica Dois de Dezembro, Tipografia Paulo Brito; 1878, Tipografia do Apóstolo; 1890, Tipografia Pereira Braga & C.^a. Em todas estas edições, está reproduzido o frontispício da edição de Lisboa, de 1739.

nacionalização de todos os seus bens, à exceção de alguns, considerados indispensáveis ao serviço religioso; a restrição dos morgadios; a redução dos dízimos, dos direitos senhoriais, portagens e alcavalas; e a reestruturação da organização administrativa e do sistema tributário (Silva, 1998). Estas reformas buscavam construir uma nova organização jurídica e administrativa, propensa a eliminar os aparatos da ordem política pertencente ao Antigo Regime. E a supressão da relação entre Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e administração do Hospital São José foi uma das medidas deste Estado que começava a organizar, pela primeira vez, uma administração pública.

Do raiar do século XIX até 1851, Portugal viveu momentos de grandes conturbações políticas, que retardaram a reorganização das estruturas sociais, jurídicas e administrativas de caráter liberal¹³. A partir de meados dos Oitocentos, o país conseguiu alguma estabilidade política, o que permitiu o funcionamento regular das instituições (Ribeiro, 1998). É neste panorama reformista do Estado Liberal, embebido nas idéias de ciência, de progresso, de natureza, de razão, de virtude e de felicidade, que se dará a reforma administrativa do Hospital São José, rompendo definitivamente com o modelo adotado pela Misericórdia. Nesta outra ordem, o saber científico tornou-se a bússola que orientou o rumo das reformas empreendidas, potencializando a autoridade dos médicos e cirurgiões.

2.2 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE CURA

Para Michel Foucault (1998), o hospital enquanto instrumento terapêutico foi uma invenção datada do final do século XVIII. A partir daí, o nosocômio passou a ser visto como um objeto complexo de ação sobre as doenças, ampliando-as ou contendo-as; por isso, precisou ser inserido em uma agenda de estudos semelhante às do clima, da topografia, da terapêutica etc. Até ocorrer o processo de “medicalização”, o personagem central do hospital não era o doente que necessitava de cura, mas o pobre que precisava de cuidados materiais e espirituais.

¹³ Isabel Nobre Vargues e Maria Manuela Tavares Ribeiro estudaram o nascimento do liberalismo em Portugal e seu reflexo nas práticas políticas (1998).

O hospital, em Portugal e no Brasil, assim como em toda a cristandade ocidental, nasceu associado à caridade, seja do rei, da Igreja ou das irmandades, sendo, portanto, um lugar de acolhimento dos pobres e desvalidos, muito mais que da medicina e dos médicos.

Em Portugal, mais especificamente no Hospital São José e Anexos (Rilhafoles - alienados, e São Lázaro¹⁴), a separação entre caridade e medicina, iniciada nos anos 30, se deu formalmente nos anos 50, quando, por decreto, o Estado os desvinculou administrativamente da Misericórdia de Lisboa. O diretor e membros adjuntos passaram a receber remuneração pelos seus serviços e houve uma participação direta dos médicos e cirurgiões nas decisões administrativas, através da composição de uma comissão consultiva.

As posições tomadas pela administração, a partir dos anos 50, expressam ações que diferenciavam o hospital de um asilo para inválidos. Em novembro de 1851, foi criada a Contadoria para gerir o Hospital São José e Anexos (Silva, 1853) e, no mês seguinte, por decreto, foi restabelecido o cargo de Enfermeiro-Mor, independente da gerência da Misericórdia (GML, 17/01/1853). Esta nova configuração administrativa, delineada no segundo quartel do século XIX, foi um marco visível do processo de medicalização do Hospital de São José. Embora os integrantes da administração continuassem a ser escolhidos entre a elite portuguesa, os médicos e cirurgiões passaram a ter maior participação nas decisões gerais.

A administração superior do Hospital São José era assessorada por uma Comissão formada por oito facultativos¹⁵: dentre eles estavam os drs. Francisco Antonio Barral (1801-1878)¹⁶, Bizarro, Beirão e Abranches; e os cirurgiões João

¹⁴ Provavelmente a fundação deste Hospital remonta ao tempo das Cruzadas, devido à caridade de alguns particulares. Em 11 de setembro de 1844 ele foi anexado ao Hospital São José.

¹⁵ Aquele que exerce a medicina. Para o período que estamos trabalhando, os médicos e cirurgiões constituíam-se no corpo de facultativos do Hospital São José, em Lisboa.

¹⁶ Francisco Antonio Barral nasceu em Lisboa em 1801, formou-se em medicina em Paris, foi médico do Hospital São José, professor da Régia Escola de Cirurgia, membro da Academia Real das Ciências e fez parte de várias comissões de serviço público. Era fidalgo e médico da Casa Real, e teve grande clínica em Lisboa. Faleceu em 1878, deixando vários relatórios e memórias publicadas no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, *Gazeta Médica de Lisboa* e *Memórias da Academia* (Carvalho, 1929).

Pedro Barral, José Lourenço da Luz (1800-1882)¹⁷, A. J. dos Santos e Antonio Maria Barbosa (1825-1892)¹⁸.

Antes desta estruturação administrativa, um dos membros da Comissão – o cirurgião Antonio Maria Barbosa – considerou que a direção do hospital não procurava munir-se dos conselhos de “indivíduos idôneos e competentes, mas até desatendiam quase constantemente às representações e notas, que, no sentido de melhorar ou beneficiar algumas partes do edifício ou do serviço do hospital, lhes dirigiam alguns ilustrados facultativos do mesmo” (GML, 01/10/1853, p. 264).

A tensão entre corpo médico-cirúrgico e direção do hospital pode ser ilustrada na construção das enfermarias femininas de Santa Maria Madalena, Santa Quitéria e Santa Margarida, em 1844, que divergiam do padrão considerado adequado pelos facultativos. Eles consideravam o espaço inadequado, sem luz, sem ventilação, pequeno para a quantidade de leitos que possuía e que tal despropósito se deu porque “a comissão administrativa, na sua elevada posição, entendeu não dever consultar senão o mestre de obras do hospital” (ibidem, p. 265).

Em meados do século XIX, os médicos e cirurgiões tornam-se indispensáveis na reorganização do hospital, interferindo diretamente nas mudanças relativas ao serviço clínico e à parte técnico-administrativa. Na visão de Manoel Cesário de Araújo e Silva, membro da Contadoria e Secretário da Administração nesta época, este corpo consultivo formado por homens das ciências muito cooperou “para o bom resultado de várias medidas regulamentares que hoje se acham em execução” (Silva, 1853, p. 13).

¹⁷ Nasceu em Lisboa em 1800, estudou no Hospital São José e na Escola Régia, foi professor na Régia Escola de Cirurgia, cirurgião da Real Câmara, deputado e par do Reino. Faleceu em 1882 e deixou, além de muitos escritos financeiros, numerosas memórias, observações e discursos publicados em opúsculos e em vários periódicos médicos de Lisboa (Carvalho, 1929).

¹⁸ Nasceu no Faial em 1825, estudou na Escola Médico-cirúrgica de Lisboa, onde ensinou Anatomia, Patologia e Operações. Foi grande clínico, cirurgião do Hospital São José e da Real Câmara e membro de muitas sociedades científicas nacionais e estrangeiras. Publicou vários artigos e memórias e foi autor das seguintes obras: *Ensaio sobre o cólera epidêmico* (1854), *Memórias sobre as principais causas do Hospital São José* (1858), *Dissertação sobre o tratamento dos apertos de uretra* (1858), *Breve notícia sobre a febre amarela em 1858* (1858), *Estudos sobre o garrotinho ou croup* (1863), *As paralisias da Ajuda* (1865 e 1866), *Nota sobre a ovariectomia* e outros títulos relacionados a patologia e clínica médica e cirúrgica (Carvalho, op. cit.).

E cabe aqui dizer que ao pensamento que pôs em prática, desde que se achou colocado à frente da Administração destes importantes Estabelecimentos [Hospital São José e Anexos], de cercar-se de um certo número de facultativos, de ouvir os seus conselhos sobre matérias técnicas da ciência, e de os pôr em execução, com uma não vulgar firmeza de vontade, deve o Hospital de São José e Anexos, os melhoramentos já tão demonstrados, que são hoje do domínio público (Silva, 1853, p. 26).

Cabia à Administração visitar freqüentemente as enfermarias e demais repartições do Hospital São José e Anexos (Rilhafolles e São Lázaro); vigiar o fiel cumprimento dos regulamentos em vigor; ter sempre providas as arrecadações e a botica; inspecionar todas as obras feitas no complexo hospitalar; e cuidar da cobrança, fiscalização e escrituração.

O Hospital São José admitia enfermos, a qualquer hora do dia ou da noite, que se apresentassem à sua porta ou que fossem remetidos por uma autoridade pública. Os admitidos eram submetidos à inspeção do cirurgião do dia, em serviço no Banco. Ali os socorros eram prestados e, sendo o caso urgente, o doente era encaminhado para a enfermaria de Medicina ou de Cirurgia, segundo o seu padecimento, após o trâmite burocrático de registro.

Quando o doente se apresentava em circunstâncias ordinárias, designa-lhes o Cirurgião de serviço a enfermaria em que deve ser recebido; indo antes à Casa dos Assentos, onde em livro competente são inscritos, por um número de ordem, nome, anos de idade, estado, profissão, naturalidade, residência, nome do pai, e moléstia. Este livro, que é riscado em forma de mapa, tem na lauda esquerda tantas colunas quantos são os dizeres que ficam referidos; e na lauda direita, a designação do ano, mês, dia, e horas da manhã ou da tarde em que cada doente entrou, saiu, ou faleceu; a enfermaria, e o número da cama para onde foi; e o dinheiro, e efeitos com que entrou.

Depois deste assentamento (...) vai o doente para a enfermaria que lhe foi destinada, acompanhado por um servente, ou conduzido em maca, (...) levando uma papeleta assinada pelo facultativo que fez a aceitação, em que se escreve o número de ordem, com que ficou indicado no livro, e os demais dizeres que ficam mencionados, com relação à entrada.

Ao chegar na enfermaria indicada pelo médico, o doente é recebido pelo enfermeiro que lhe designa a cama que deve ocupar e coloca na cabeceira desta, a dita papeleta [diário] dentro de um caixilho de vidro. O doente despe-se, faz o asseio corporal, e se possuir algum objeto de valor, este é depositado na Tesouraria do Hospital. Após o

asseio, o enfermo recebia camisola e barrete¹⁹, roupa de cama e cobertores, sendo em seguida, visitado pelo Diretor da enfermaria ou pelo cirurgião do Banco (Silva, 1853, p. 27-28).

As papeletas, ou diários²⁰, tornaram-se mais completas a partir de janeiro de 1853, com o acréscimo do resumo do tratamento empregado no hospital, a história progressiva da moléstia, o temperamento do enfermo, a constituição, se foi ou não vacinado, se a doença era hereditária, e a duração dela antes da entrada no São José. Estes dados mais pormenorizados tinham o propósito de fornecer elementos à estatística médica, que o hospital publicava pela imprensa.

o Enfermeiro-Mor, tendo ouvido a opinião da comissão médica do hospital (que sempre consulta na apreciação de objetos técnicos), e os facultativos mais distintos do estabelecimento, mandou confeccionar aquela estatística, como complemento do seu relatório dirigido à Sua Majestade em 22 de março de 1852 (ibidem, p. 26-27).

Os dados empíricos, recolhidos nas enfermarias do Hospital São José e analisados adiante, foram processados após este nosocômio passar por uma reestruturação administrativa, e o serviço dos facultativos, dos empregados das enfermarias, da dispensa, da cozinha e demais dependências foram regidos por novas regulamentações, vigentes a partir de 01 de Janeiro de 1851.

O serviço facultativo do Hospital São José era feito por médicos e cirurgiões, ordinários ou efetivos e os extraordinários – aqueles que substituíam os efetivos em caso de impedimento. Estes profissionais eram admitidos pelo governo após terem passado por um concurso interno de habilitação acadêmica, mas nem sempre o poder central respeitava a classificação emanada do júri do hospital, composto por médicos e cirurgiões. Este fato provocava o protesto dos facultativos do Hospital. Antes da efetivação, exigia-se a prática de um ano sob a supervisão dos facultativos e, ao final dos doze meses, os candidatos eram obrigados a apresentar à Administração trinta e seis observações clínicas colhidas nas enfermarias do hospital (GML, 01/10/1853).

¹⁹ Peça do vestuário confeccionada de tecido mole para cobrir a cabeça; gorro (Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

²⁰ Infelizmente não localizamos estes diários. Em 2004, por ocasião da nossa pesquisa no Arquivo Nacional da Torre do Tombo (Portugal), uma parte da documentação referente ao Hospital São José ainda estava sendo preparada pelos arquivistas.

2.3 OUTROS TEMPOS, NOVO REGULAMENTO PARA O HOSPITAL SÃO JOSÉ

Em 16 de abril de 1852, organizou-se o *Regulamento da Casa dos Assentos*. Era composto por um escrivão, dois ajudantes e dois serventes: o escrivão era responsável pela direção dos serviços, que abrangia o exame dos bens e pertences dos doentes que deram entrada no hospital; informação diária à Contadoria acerca dos enfermos que pagam o seu curativo; emissão de guias para os enfermos; designação de um assistente para acompanhar a Junta Consultiva²¹ quando esta estivesse consultando doentes; indicação de um dos serventes para ficar em vigília até o dia seguinte, a fim de tomar nota dos enfermos que entraram extraordinariamente durante a noite a fim de que, no dia seguinte, fosse possível fazer os devidos assentos de doentes nos livros de registro do hospital; e, por fim, expedição de todo e qualquer documento solicitado (Silva, 1853).

A escrituração processada na Casa dos Assentos era a seguinte: registro geral de entradas, saídas e falecimentos no Hospital de São José e Anexos; assentamento dos recém-nascidos, com designação do nome das puérperas; assentamento dos alienados; assentamento dos militares; assentamento dos pensionistas do Estado; assentamento dos pensionistas do hospital (que pagavam o seu curativo); mapa diário do movimento dos enfermos; guias que acompanhavam os cadáveres ao cemitério; relação de egressos falecidos no Hospital de São José e Anexos, dos pensionistas do Estado e de outras pessoas que a autoridade pública devia tomar conhecimento; resumo da entrada, saída e falecimento de enfermos, existências diárias, movimentos anuais; e, por fim, as guias que acompanham os expostos (ibidem).

O *Regulamento do Banco*, instituído pelo *Decreto de 31 de maio de 1850*, rezava que este seria dirigido por um cirurgião, e contaria com mais três cirurgiões ordinários e dois serventes. Este regulamento estabelecia a escala de promoções dos cirurgiões; previa casos de impedimento por moléstia, ou licença;

²¹ A Junta do Hospital São José foi criada pelo Artigo 19º do *Alvará de 14 de dezembro de 1825* para atender aqueles doentes cujas enfermidades se agravavam dentro dos hospitais. A disposição deste Alvará foi confirmada pelo Artigo 6º do *Decreto de 14 de outubro de 1826*, ampliando-a com o poder de ordenar o internamento dos doentes por ela examinados.

e consignava outras providências relativas aos serviços extraordinários que estes prestavam ao hospital. Os cirurgiões estavam presentes no hospital todo o tempo, começando o trabalho às 10:00 e encerrando às 8:00, do dia seguinte (ibidem).

O *Regulamento da Botica* se deu pelo *Decreto de 15 de fevereiro de 1851* e era tão hierarquizado quanto os demais. A Botica possuía um inspetor, cargo ocupado por um médico, um administrador e três ajudantes, todos com carta de farmacêutico. A Botica recebia até as 10 horas o receituário das enfermarias, acompanhado dos vasilhames: brancos, para medicamentos de uso interno; e azuis, para os de uso externo. À medida que as receitas iam chegando, os encarregados das seções começavam a aviar os medicamentos. Aí também se tratavam as sanguessugas, que eram fornecidas às enfermarias, diariamente (Silva, 1853).

O *Regulamento das Enfermarias* passou a vigorar em 1^o de janeiro de 1852, compreendendo os serviços dos diretores, dos irmãos maiores, dos enfermeiros, dos ajudantes, dos moços, da regente, das enfermeiras, das ajudantes, das criadas, dos porteiros, da dispensa e da cozinha.

Cabia aos médicos a direção clínica e higiênica de suas respectivas enfermarias, a inspeção e fiscalização do serviço dos enfermeiros, ajudantes e moços, a visita diária aos doentes para prescrição de medicamentos e dieta necessários ao seu curativo, a vigilância, fiscalização e distribuição de remédios, a manutenção da ordem nas enfermarias e o requisito dos serviços que julgassem necessários para melhor atendimento aos doentes.

Além disso, cabia ao facultativo, diretor da enfermaria, dar aos empregados “subalternos” as instruções necessárias, para que pudessem cumprir com “exatidão as suas respectivas obrigações”, convocar os colegas para consultas quando houvesse necessidade, compor o júri médico no concurso de candidatos aos lugares de facultativos extraordinários, inspecionar os víveres e gêneros alimentícios destinados à dieta dos doentes, praticar as operações cirúrgicas necessárias ao curativo dos enfermos e confeccionar, por meio dos diários, a história clínica das enfermarias a seu cargo (ibidem, p. 33-35). Esta última função fornecia subsídios para a elaboração da estatística do hospital.

Os enfermeiros começavam a sua jornada de trabalho às 6 horas da manhã, de Abril a Setembro, e às 6:30, de Outubro a Março. Seus encargos

estavam assim distribuídos: observação das condições higiênicas das enfermarias e dos doentes; vigilância dos subordinados; administração dos sacramentos aos doentes que estivessem em perigo de vida, na ausência do facultativo. A principal função do enfermeiro era a administração dos medicamentos, às 6:00, às 10:00 e às 17:00, observando a prescrição do médico e o *Formulário* (Silva, op. cit.).

Nos anos 20 do século XIX, quando o Hospital São José ainda era administrado pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o Enfermeiro-Mor resolveu padronizar a indicação medicamentosa e, para isso, convocou duas comissões de médicos. A primeira comissão examinou os Formulários do hospital, consultou autores e apresentou um projeto com 570 fórmulas, classificadas segundo o método farmacêutico. O Enfermeiro-Mor determinou que cada um dos facultativos examinasse o projeto e acrescentasse as fórmulas que julgasse necessárias. Uma segunda comissão fez a revisão final do trabalho, acrescentando as sugestões recebidas, resultando assim no *Formulário Geral Médico-Cirúrgico para o Hospital Real de São José da Cidade de Lisboa* (1821).

O enfermeiro possuía uma pauta que era uma cópia fiel daquilo que o médico indicava nas papeletas que ficavam à cabeceira do doente, ou seja, o *diário*. Quando o facultativo visitava a enfermaria, o enfermeiro marcava em sua pauta as dietas recomendadas para o almoço, jantar e ceia; o número dos *remédios internos*, segundo o respectivo Formulário, e os *remédios externos*, tais como banhos, cataplasmas, fomentações, fricções, ventosas, bichas, sangrias, sinapismos, vesicatório etc., com as indicações do número de aplicações, as horas, o lugar, a quantidade e o número de vezes. Apesar de administrar os medicamentos, o enfermeiro não podia ter em seu poder remédio algum, que não fosse aqueles prescritos pelos médicos. Caso houvesse necessidade, ele poderia requisitá-lo à botica, dando depois parte ao facultativo (Silva, 1853).

Nas enfermarias de mulheres, havia uma *regente*, a quem competia as mesmas obrigações dos *irmãos maiores*. Ambos residiam no hospital e eram os responsáveis pelo serviço interno das enfermarias femininas e masculinas, respectivamente. Eram os encarregados da ordem da casa, acompanhando o serviço dos enfermeiros e enfermeiras, serventes e criadas, visitavam duas vezes por dia as enfermarias, fiscalizavam a cozinha e a distribuição dos alimentos.

Estas funções eram distribuídas entre as pessoas de confiança da administração (GML, 01/10/1853, p. 267).

O serviço interno deixava muito a desejar e provocava constantes queixas dos facultativos, pela demora ou troca na administração dos remédios prescritos, alteração da dieta alimentar, aplicações tópicas mal feitas, barulho nas enfermarias e destrato para com os doentes.

Os ajudantes que entravam para o serviço interno do hospital não possuíam nenhum tipo de treinamento e, antes da Reforma de 1851, eram admitidos funcionários que não sabiam ler e escrever. Além do despreparo técnico, os salários eram baixos e, por vezes, ocorria atraso nos pagamentos das jornadas. O cirurgião Antonio Maria Barbosa defendeu a criação de uma escola prática para instruir os ajudantes de enfermagem e um aumento salarial (GML, 16/01/1854, p. 388; GML, 01/06/1857, p. 163). Para ele, a falta de qualidade do chamado “serviço sanitário” era um problema gravíssimo e não poupou fôlego para denunciar as mazelas deste serviço e a necessidade de reformá-lo²².

Alguns facultativos, como Antonio Maria Barbosa, defendiam a presença das Irmãs de São Vicente de Paula como responsáveis pelo serviço interno do hospital por acreditarem ser “mais da organização particular da mulher, na educação e devoção própria na maior parte de seu sexo, que podiam melhor encontrar-se as qualidades exigidas para o serviço hospitalar, se a índole do nosso povo recebesse bem, como a do francês, as irmãs de caridade” (GML, 01/10/1853).

A presença das Irmãs de Caridade no seio da sociedade portuguesa era incompatível com a visão anticlericista liberal e gerou uma grande polêmica nos anos 50, mobilizando a opinião pública, que ficou dividida quanto à necessidade de preservar ou não as Irmãs de Caridade, os Lazaristas, os Jesuítas etc., nas instituições de ensino e assistência.

²² A *Gazeta Médica de Lisboa* (1857, n^{os} 107 e 108) traz uma longa discussão sobre este assunto.

2.4 A SALUBRIDADE DO HOSPITAL

Em 1852, uma Comissão de Facultativos do Hospital São José, constituída pelos drs. José Pereira Mendes²³, Francisco Martins Pulido (Diretor do hospital de Rilhafoles [Alienados]), João José de Simas (Médico do Hospital São José e da Misericórdia de Lisboa), Pedro Francisco da Costa Alvarenga²⁴ (Cirurgião do Hospital São José), José Maria Alves Branco²⁵ (Cirurgião do Hospital São José) e Antonio Maria Barbosa (Cirurgião do Hospital São José), fez um longo estudo sobre as principais causas da mortalidade do nosocômio durante o primeiro trimestre de 1852 e tornaram-nas públicas através da *Gazeta Médica de Lisboa*, onde eram redatores (GML, 01/02/1853, p. 12-16; 16/02/1853, p. 21-23; 16/03/1853, p. 59-62; 01/05/1853, p. 107-109; 16/06/1853, p. 156-158; 01/10/1853, p. 264-269; 16/01/1854, p. 348-388).

Este esforço era uma tentativa de purificar o hospital de seus efeitos nocivos, eliminar, ao máximo, a possibilidade dele provocar ou agravar as doenças daqueles indivíduos que estavam ali para se curar. Neste exercício de esquadrihar todos os elementos que pudessem tornar o espaço hospitalar um lugar da vida, e não da morte, os médicos e cirurgiões ponderaram que as causas de alto índice de mortalidade (1/42,2), comparado aos demais países europeus no mesmo período, poderiam ser classificadas em *externas* e *internas*.

Acreditamos que vale a pena nos deter um pouco nestas considerações dos facultativos, pois elas nos dão a dimensão do crescimento da autoridade dos médicos e de como o saber destes sobrelevou a caridade.

²³ Nasceu em Tomar, estudou em Coimbra e doutorou-se em Paris. Em seguida, estabeleceu-se em Lisboa, onde foi lente da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, Médico do Hospital São José, sócio da Academia das Ciências e clínico muito considerado. Faleceu em 1890 (Carvalho, 1929).

²⁴ Nasceu em 1826 no Piauí (Brasil) e doutorou-se em Bruxelas. Em Lisboa, foi lente de Matéria Médica e Terapêutica na Escola Médico-Cirúrgica, médico do Hospital São José e clínico afamado, por tratar das doenças do coração. Foi um dos primeiros médicos, em Portugal, a referir-se ao valor da Anatomia Patológica nos casos de febre amarela e a estudar a ação de vários medicamentos, sobre patologias cardíacas, termometria clínica, etc. Faleceu em 1883 (Carvalho, op. cit.).

²⁵ Nasceu em Lisboa em 1825, estudou na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, foi cirurgião do Hospital São José, sendo o primeiro a praticar a ovariectomia. Foi subdelegado de Saúde, vereador da Câmara Municipal e redator de vários periódicos médicos, dentre eles o *Correio Médico* e a *Gazeta Médica de Lisboa* (Carvalho, op. cit.).

Quanto às causas de mortalidade, *externas* ao Hospital, foram enumeradas:

- 1) Organização e administração deficitárias dos demais estabelecimentos de caridade.

A Comissão avaliou que as Misericórdias de fora de Lisboa e os demais hospitais enviavam, para o São José, doentes em estado grave, cujas condições se agravavam no longo trajeto até a Capital, expostos aos rigores do verão e do inverno. Isto concorria para engrossar o número das estatísticas obituárias do hospital.

Para minimizar esta situação, foi expedida uma Portaria em 16 de Janeiro de 1851, que passou a exigir alguns requisitos, para limitar o ingresso de doentes no Hospital São José: um atestado de pobreza aos doentes não graves do termo de Lisboa, proibição do internamento de doentes pertencentes aos Conselhos fora de Lisboa, que possuíssem Misericórdias “abonadas”.

Todavia, faltavam asilos suficientes para acolher os idosos pobres. Dos 1.908 doentes internados no Hospital São José, durante o 1º trimestre de 1852, 519 eram mendigos (velhos e inválidos), ou seja, uma parcela de 27,2% dos internos era composta por pessoas que, em certas estações do ano, procuravam asilo no hospital e acabavam por engrossar a estatística obituária com doenças crônicas que já traziam ou com moléstias contraídas dentro das enfermarias.

Os doentes absolutamente pobres, que não tinham para onde ir, nem quem os acolhesse após o tratamento hospitalar, recusavam-se a sair do hospital depois de curados ou aliviados dos seus males, constantemente apresentando outras queixas para ali permanecerem. No entanto, acabavam por contrair, de fato, outras doenças nas enfermarias onde se mantinham. Para a Comissão, o Hospital São José deveria trabalhar em harmonia com o Asilo da Mendicidade, enviando para lá os velhos e mendigos, após o tratamento, eximindo-se de uma responsabilidade que não mais cabia àquele nosocômio.

- 2) Falta de socorro domiciliar a doentes pobres.

A Comissão argumentava que muitos doentes pobres, com moléstias pouco graves, mas que não possuíam recursos para tratá-las em casa, e sem condições materiais para adquirirem os medicamentos prescritos pelos médicos da Sala do Banco, engrossavam o número dos que se dirigiam ao Hospital. O espaço hospitalar seria desobstruído se os médicos pudessem visitar os pobres em suas casas e se os remédios fossem gratuitos.

Em Lisboa, a assistência ao enfermo pobre, em sua própria residência, era prestada pela Misericórdia e por mulheres, designadas com o nome de *visitadas*, que pelos serviços prestados ganhavam 4\$960 réis e, quando doentes, recebiam gratuitamente os remédios prescritos pelos médicos da Misericórdia.

3) Idade dos doentes, natureza e gravidade das moléstias.

Para a Comissão, grande parte dos doentes que ingressavam no hospital era composta de velhos, desnutridos, de constituição fraca, inválidos e entrevados, enfermos denominados de *caquéticos*²⁶. Muitas vezes, a doença já estava em estado avançado, de modo que a medicina não possuía recursos para reverter o quadro clínico. Segundo a Comissão, a família só procurava o Hospital em última instância ou quando queria se eximir da responsabilidade e dos custos do enterro.

Outros doentes, mesmo de Lisboa, sobretudo os que nunca se tem tratado no hospital, conservam ainda um tal horror a esta casa, aliás, hoje mui diferente do que foi, que, só quando não tem absolutamente que gastar, ou quando são compelidos pela autoridade, e por tanto com certo tempo de doença, é que se fazem conduzir ao hospital. Em muitos casos, sucede que as famílias, só quando tem desesperado do salvamento de seus doentes, e para não fazerem a despesa, nem terem o incômodo do enterro, é que os mandam para o hospital, designadamente para aqui morrerem (GML, 01/02/1853, p. 15).

Os itens elencados pelos facultativos eram fundamentados nas estatísticas hospitalares para tornar o argumento consistente, científico e irrefutável. A sua

²⁶ Caquético é aquele que sofre de *caquexia*. Segundo Chernoviz (1878, p. 416), esta doença é uma alteração profunda da nutrição, caracterizada pelo inchaço do rosto, tez amarela ou cor de chumbo, sangue muito seroso e languidez de todas as funções.

tessitura tinha por objetivo demonstrar que o hospital, apesar de “muito diferente do que foi”, ainda estava distante do que pretendia ser, uma vez que continuava atendendo a pessoas que deveriam ser assistidas em outros espaços. O saber e a prática médicos instituía uma outra função para o hospital, o de tratar a doença e não de asilar aos pobres.

A análise das causas da mortalidade *interna* ao hospital expressa a necessidade dos facultativos de reordenar o espaço intra-hospitalar, um exercício do olhar voltado para dentro, no intuito de identificar os entraves endógenos que impediam a cura e provocavam o óbito. A intervenção médica se dirigiu à extensão e configuração do prédio hospitalar e das enfermarias, altura dos andares, ventilação, iluminação, calorificação, alimentação, vestuário e utensílios, nos moldes da mentalidade higienista da época.

1) Extensão, forma e localização do prédio hospitalar.

O Hospital São José era considerado demasiado grande para poder se inserir no padrão preconizado pela higiene pública. Possuía 923 leitos efetivos, 357 extraordinários, totalizando 1.280. Possuía quatro pavimentos, uns sobre os outros, o que, na opinião dos médicos, contribuía para a circulação dos miasmas, piorando a situação das enfermarias superiores, pois acreditavam que os miasmas mais leves ascendiam até os andares superiores.

O hospital era quadrangular, o que, na visão dos higienistas, era uma desvantagem, sendo preferível a forma de um paralelogramo, por se prestar a uma ventilação maior e mais completa.

A Comissão era partidária dos princípios preconizados por Antonio Nunes Ribeiro Sanches em *Tratado da conservação da saúde dos povos* (1775), que defendia a existência de hospitais menores, para potencializar o número de curados. A concepção que permeava a explicação para a maior mortalidade no grande hospital estava assentada nos princípios da higiene. Diz textualmente a Comissão:

Um hospital grande produz maior quantidade de eflúvios deletérios, e que a sua atmosfera deve exercer influência mais nociva sobre os indivíduos submetidos à sua esfera de ação, do que um hospital

pequeno; e conseqüentemente maiores razões para haver mais exagerada mortalidade naquele do que neste (GML, 16/02/1853, p. 22).

Para desobstruir o trânsito dos doentes no São José, a Comissão acenou com a possibilidade de construir dois hospitais: um para as doenças venéreas, e outro para as doenças cutâneas. Este último receberia, além dos acometidos de elefantíase, todos os outros doentes de moléstias agudas e crônicas de pele, não sifilíticas. Assim, o São José poderia limitar-se a uma média de 600 doentes, cifra que os facultativos consideravam ideal.

Esta criação de dois hospitais, das mencionadas especialidades, com 200 e 300 camas cada um, traria grande desacumulação no hospital geral de São José (...). De mais, facilitando por este modo o estudo especial destas doenças, esta criação traria extraordinária influência sobre o progresso científico dessas especialidades entre nós, e conseqüentemente um grande benefício à humanidade (GML, 16/01/1854, p. 385).

A Comissão entendia que, para um nosocômio representar um lugar salubre, precisava estar assentado sobre um sítio seco, elevado e livre das “exalações nocivas”. O prédio deveria estar voltado para o nascente, de modo a facilitar a penetração dos raios solares e dos ventos, e disposto em forma de paralelogramo. Ao que parece, a Comissão inspirou-se no modelo do Hospital *Lariboisière*, em Paris, que era composto por dez pavilhões com esta forma geométrica²⁷.

A descrição acima representava as condições ideais, e o Hospital São José, que fora edificado em uma época não marcada por esta demanda, teria que fazer algumas adaptações para se aproximar do ideal médico arquitetônico Oitocentista, a exemplo da transferência das enfermarias para a parte sul do prédio, que naquele momento estava ocupada pela administração.

²⁷ Segundo Jean Imbert (1982), em 1846 começou a construção do *Hôpital du Nort*, seguindo as recomendações feitas pela Academia das Ciências em 1788. Este hospital foi inaugurado em 1856 e ganhou o nome da sua benfeitora, a Condessa de Lariboisière, que destinou 3 milhões de francos às obras do nosocômio. Ele se tornou referência para o período.

2) Tamanho, ventilação, iluminação, calorificação e higiene das enfermarias.

Para os médicos, uma enfermaria era o ambiente que mais reunia elementos de insalubridade atmosférica, seja devido a causas inerentes ao doente, como respiração, exalação da superfície cutânea e pulmonar, urinas, materiais fecais, sangue, pus, matérias expectoradas ou vomitadas, seja devido a causas relacionadas à enfermaria, a exemplo dos eflúvios cadavéricos, evaporação de substâncias medicamentosas (tisanas, banhos, fomentações, cataplasmas), luzes, etc. Por isso, a atenção e os cuidados com este ambiente deveriam ser redobrados.

A evaporação das secreções e excreções dos doentes evolve-se para a atmosfera das enfermarias diversos eflúvios, matérias orgânicas em decomposição, gases mefíticos, e mesmo miasmas, que muito inquinam o ar que os doentes respiram e, para cuja purificação é precisa ainda certa quantidade de ar, variável conforme a proporção desses materiais mórbidos envolvidos (GML, 01/05/1852, p. 107).

A Comissão do Hospital São José criticou a localização de um certo número de enfermarias que não ficavam expostas ao sol nascente, acreditando que este detalhe influía desfavoravelmente na marcha da doença. Mas este inconveniente poderia ser atenuado, com a reorganização do espaço físico.

As enfermarias, em número de 18 na ocasião do estudo, eram consideradas grandes. Oito delas contavam, em média, com 54 a 70 leitos permanentes e 16 a 38 suplementares; as outras 10 ficavam entre 23 e 49 leitos ordinários e 10 e 32 suplementares, e abrigavam mais doentes do que a sua capacidade física permitia. Esta configuração não era considerada adequada pela Comissão. O mote explicativo assentava-se no axioma do higienismo: o grande número de doentes que lá existia gerava grande carga de miasmas, viciando a atmosfera, proporcionando infecção e contágio, que estavam sempre na razão direta da cifra da população.

A Comissão de Facultativos não se restringiu a determinar somente o número de leitos. Vejamos:

Atendendo a temperatura do nosso clima, a economia e a necessidade do serviço, julgamos que a extensão de cada enfermaria deve ser tal, que não acomode mais de 50 camas. O número de 40 parece-nos mesmo o mais razoável. (...)

Cada enfermaria deve ter a capacidade necessária para o número de doentes que contiver, de modo tal que cada um disponha do espaço de 46 metros cúbicos, tendo de mais em linha de conta, o volume de objetos pertencentes a cada doente (leito, mesa de cabeceira, caixa de retrete), e o seu próprio corpo, o que somado não pode ser menos de 1 metro e 80 centímetros cúbicos. Para isto a altura de cada enfermaria deveria ser e 5 a 6 metros; a largura de 9 a 10, e o comprimento proporcional ao número de leitos, de modo que cada um destes espaços esteja separado do mais próximo pelo espaço de 1 e meio metro, e os dos extremos pelo espaço de 1 metro da parede. Os leitos de cada enfermaria deverão estar separados, no lado da cabeceira, meio metro da parede, e cada série, 4 metros separada uma da outra, do lado dos pés (GML, 16/01/1854, p. 385).

Consideravam também as enfermarias muito frias, o que na visão deles agravava o mal dos que sofriam de doenças do peito, ou seja, das enfermidades do aparelho respiratório, a exemplo da tísica e das bronquites. Uma das medidas tomadas para minorar esta situação foi vedar a comunicação entre as enfermarias, que, em período anterior a este, parecia ser livre, proporcionando não só a circulação das correntes de ar e “miasmas” como também dos próprios doentes, alguns deles mercadejando parte da sua dieta para outro enfermo. A queda de temperatura interna era também atribuída à existência de chão de tijolo ou laje, em vez de revestido com tábuas (assoalhado); teto com abóbada de alvenaria em vez de estuque ou forro de madeira; lavagem das enfermarias e manutenção das tinas com água suja por vários dias. Não havia calorificação artificial e a penetração da luz solar não era a desejada pelos higienistas.

As roupas e os agasalhos dos doentes também não contribuíam para aquecê-los. Havia uma camisa de linho, um gorro, calças, capotes e sapatos; todo o conjunto foi considerado insuficiente para aquecer o enfermo, pois eram as mesmas peças em todas as estações do ano, com tecido de má qualidade, curtos, deixando braços e pernas desprotegidos.

A roupa de cama era em número insuficiente, principalmente no inverno, quando demorava a secar, sem largura e comprimento suficientes para aquecer o usuário. Muitas vezes não era renovada quando o doente a sujava com matérias

fecais ou urina. E, para completar o quadro de pouca salubridade das enfermarias, os doentes não costumavam tomar banho, porque não havia banheiros, exceto nas enfermarias masculinas dos quartos particulares.

As críticas foram duras à forma como se recolhiam os excrementos dos doentes e dos cadáveres. Com exceção dos quartos particulares e da enfermaria de Santo Antonio, não havia latrinas adequadas e os doentes usavam uma caixa que havia à cabeceira da cama (uma para cada dois pacientes), que era esvaziada uma vez por dia, em pias sem válvulas, em uma das janelas das enfermarias, ou em pequenos quartos contíguos. As roupas sujas dos doentes eram guardadas por dias, e as de uso pessoal, com as quais os doentes deram entrada no hospital, eram guardadas sujas, e devolvidas no dia da saída do paciente.

Os cadáveres foram motivo de grandes preocupações na agenda de discussão dos higienistas, e muitos debates foram travados em torno dos enterramentos. Para os facultativos do São José, quando uma pessoa falecesse nas suas enfermarias, o corpo deveria ser retirado imediatamente, para que os eflúvios não se espalhassem pelo ambiente hospitalar. No entanto, o corpo sem vida aguardava pela liberação por cerca de 24 horas, permanecendo nos catres, “enfraquecendo” a saúde e o espírito dos vivos, que eram obrigados a partilhar o mesmo espaço com o defunto.

As camas dos doentes eram constituídas por dois bancos de ferro, três tábuas ao comprido e cabeceira de pinho, e eram duras e estreitas. Havia, para cada catre, um travesseiro de palha de centeio, dois lençóis de linho e dois ou três cobertores de lã, de qualidade inferior.

Problema ainda grave era a ausência de facas para cortar os alimentos e de guardanapos, acompanhando o prato de estanho e a colher de ferro. Dizem os médicos que “ver um doente servir-se das mãos, geralmente sujas, para partir e comer o pão e a carne etc., era um espetáculo desagradável e até repugnante” (GML, 16/06/1853, p. 157).

Os medicamentos líquidos eram servidos em copos de latas e, na hora da distribuição dos remédios, os doentes se serviam no mesmo vasilhame, sem nenhuma lavagem, ou, quando muito, uma breve lavagem quando o remédio era diferente.

Esta prática, além de indecente e repugnante, particularmente pelo estado especial de certos doentes (...) podia ter o inconveniente de se transmitirem por ela, de uns a outros doentes, certas moléstias contagiosas (GML, 16/06/1853, p. 157-158).

Algumas medidas deveriam ser tomadas para reverter este quadro pouco adequado a um hospital, na opinião dos médicos e cirurgiões:

- a. As enfermarias deveriam ficar acima do nível do solo e estar equipadas com uma fornalha para aquecer caldos, tisanas, cataplasmas etc.; uma pia inodora provida de sifão com água; uma latrina também provida de sifão e água para evitar que se tornasse mal cheirosa; um banheiro com duas tinas para banhos simples e outra para banhos medicamentosos;
- b. O chão deveria ser assobradado e lavado duas vezes por mês;
- c. As paredes deveriam ser secas e grossas para evitar a umidade e o calor e caiadas duas vezes por ano: na primavera e no verão;
- d. O teto necessitava ser forrado;
- e. Os cantos das paredes teriam que ser arredondados para não acumularem gases;
- f. A temperatura deveria estar entre 15°C e 16°C e, enquanto a calorificação²⁸ não era adotada, era necessário fazer uso das chaminés;
- g. A água potável deveria ser abundante para asseio dos doentes, das enfermarias, dos empregados e para remediar os incêndios²⁹;
- h. Uma máquina para levantar doentes com dificuldades de locomoção;
- i. Duas camisas de força para conter doentes que apresentassem delírios;
- j. Os leitos de ferro, devidamente separados, forrados com colchão de palha;

²⁸ A Comissão fez alusão aos sistemas de Poumet e de Leon Duvior como sendo os melhores meios de ventilação e calorificação. No primeiro, o ar, antes de entrar nas enfermarias, é levado para uma máquina particular e uma câmara quente, da qual saía aquecido para as diversas salas. O segundo não diferia muito do primeiro, exceto por servir-se de água quente como meio para produzir calor.

²⁹ Preocupação legítima, uma vez que o antigo Hospital Real sofrera dois incêndios de grandes dimensões em 1601 e 1750.

- k. A roupa de cama deveria estar limpa, em número e tamanhos suficientes para aquecer os enfermos;
- l. Cada interno deveria ter um guardanapo, uma colher de estanho ou de ferro, um garfo e uma faca, um prato e uma tigela de estanho, um urinol, um escarrador e três copos de estanho;
- m. Os cadáveres deveriam ser removidos em até duas horas após o falecimento;
- n. Deveria ser criada uma lavanderia, contígua ao hospital, pois este serviço era efetuado exclusivamente por lavadeiras das povoações vizinhas a Lisboa (GML, 16/01/1854, p. 386-387).

Em 1857, muitas destas propostas de melhoria do espaço físico e de recursos materiais já haviam se concretizado. As imensas galerias, que segundo os facultativos eram depósitos de doentes, foram divididas em enfermarias independentes; os catres de madeira haviam sido substituídos por leitos de ferro, graças às vultosas doações da Duquesa de Bragança; os alienados já haviam sido recolhidos ao asilo de Rilhafoles; foi adotado um novo sistema da lavagem de roupas; os médicos inspecionavam o serviço de botica e armazenamento de víveres.

Apesar dessas melhorias, alguns facultativos consideravam que o Hospital São José “nunca foi, não é, nem jamais talvez possa chegar a ser um asilo de enfermos, que reúna aquelas condições que a ciência hoje não dispensa a estabelecimentos desta natureza”, graças à primitiva construção do prédio (GML, 16/04/1857, p. 114). Os médicos e cirurgiões advogavam que os recursos aplicados nas constantes melhorias do antigo prédio fossem empregados na construção de um novo; para o edifício onde, naquele momento, funcionava o hospital, valia a máxima portuguesa: “quem nasce torto, tarde ou nunca se endireita” (GML, 16/04/1857, p. 114).

Na década de 50 do século XIX, estava muito claro para o corpo médico do hospital São José que todas as medidas, melhorias e reformas processadas naquele nosocômio tinham por fim a cura do maior número de doentes, no menor tempo possível. O doente deveria ser para o hospital o mesmo que o protagonista significava em um drama. E, para atingir esta meta, não bastava introduzir

melhorias no espaço físico. Era preciso avaliar o serviço clínico. Pela primeira vez, era feita uma crítica aos recursos humanos, incluindo médicos, cirurgiões, boticários e enfermeiros.

Diz textualmente o cirurgião Antonio Maria Barbosa:

Precisa-se ainda de bons médicos e instrumentos de cirurgia, e, mais, de quem regulado pelos princípios da ciência, saiba decidir da conveniência e aplicação desses medicamentos e possa servir-se com vantagens desses instrumentos. É este serviço, que nós chamamos facultativo ou clínico, só desempenhado por médicos ou cirurgiões, o qual feito como é atualmente no Hospital São José, não pode satisfazer, nem com efeito satisfaz, como deverá, todas as necessidade clínicas do estabelecimento” (GML, 01/05/ 1857, p. 129).

O bom resultado do tratamento dos doentes depende de umas poucas condições, sem alguma das quais ele nunca poderá ser tal como se deseja. Se o facultativo não for hábil, nem tiver a instrução e a prática suficientes para fazer um diagnóstico exato das moléstias; se por falta ou erro deste não poder entrar desde logo na verdadeira indicação terapêutica, a doença ganhará de momento para momento dimensões maiores, e tais, às vezes, que porão em risco iminente a vida dos doentes, ou a transformarão em tão longa e crônica que seja depois impossível debelá-la completamente. Por mais que o facultativo observe os sintomas da enfermidade e a siga nas suas diferentes fases, aproveitando os casos análogos ou semelhante à indicação dos melhores remédios, se os medicamentos que ele tiver para empregar não forem de superior qualidade, ou se ainda que dos melhores, não tiverem sido preparados conforme as boas regras de farmácia, infrutuosos serão também os esforços da ciência (GML, 16/05/1857, p. 145).

De acordo com a organização do serviço clínico, descrito anteriormente, cada enfermaria tinha um médico ou cirurgião diretor, que visitava os doentes a cada vinte e quatro horas e prescrevia o tratamento que julgasse conveniente. Na ausência do facultativo diretor de determinada enfermaria, o médico do dia ou o cirurgião do Banco poderiam ser chamados para observar um doente que piorou e não respondia ao tratamento prescrito. Contudo, nem sempre estes substitutos conseguiam atender à demanda dos solicitantes, pois o hospital possuía um movimento diário que superava os mil enfermos. E, quando conseguiam chegar ao leito do doente, sentiam-se na obrigação de respeitar o tratamento prescrito pelo diretor da enfermaria, principalmente se as idéias terapêuticas de ambos não

eram acordes, pois se acreditava que uma mudança brusca de tratamento era mais maléfica do que o desenvolvimento da doença.

Pior do que a escassez de médicos e cirurgiões e do que a diversidade de concepções diagnóstico-terápicas era, na opinião dos facultativos, o despreparo dos(as) enfermeiros(as). Acreditavam que estes servidores não possuíam a instrução necessária para avaliar a urgência dos socorros que requeriam os doentes.

Após a visita dos facultativos, os doentes ficavam entregues aos cuidados dos enfermeiros e de seus ajudantes. Na opinião dos facultativos, havia uma lista de atribuições que o(a) enfermeiro(a) deveria preencher para que fosse considerado apto ao cargo: deveria apresentar um certo grau de inteligência, para que compreendesse bem as prescrições dos facultativos e pudesse cumpri-las; possuir uma instrução mediana, para prestar aos doentes os socorros necessários; ter um mínimo de caridade e de vocação, para aceitar de bom grado os trabalhos pesados, enfadonhos, repugnantes e tristes da sua profissão; ser honesto, porque lidava com objetos pessoais dos enfermos, remédios e alimentos que poderiam ser desviados, se faltasse probidade e honradez aos funcionários; e ter robustez física, boa saúde e juventude, para cumprir os encargos da profissão (GML, 16/05/1857, p. 146).

Como era difícil encontrar candidatos que preenchessem estas prerrogativas com salários tão baixos, alguns facultativos do Hospital São José, a exemplo de Antonio Maria Barbosa e José Eduardo de Magalhães Coutinho

(1815-1895)³⁰, defendiam a inserção das religiosas de São Vicente de Paula como o meio de solucionar os graves problemas com o pessoal do serviço sanitário: os enfermeiros e seus auxiliares.

A Junta Consultiva do Hospital São José não foi poupada de duras críticas, e o serviço por ela prestado foi chamado de “socorro inútil”. A Junta foi criada em 1825, com a finalidade de atender àqueles doentes cujas enfermidades se agravavam dentro dos hospitais, e envolvia todos os facultativos efetivos do São José. Em 1826, teve seu poder ampliado, passando a ordenar o internamento dos doentes por ela examinados. Em 1857, a Junta funcionava aos domingos e quintas, era composta, em cada reunião, por dois médicos e dois cirurgiões, e presidida pelo médico mais antigo dos presentes. Os facultativos examinavam os doentes, receitavam e orientavam a administração dos medicamentos, prescreviam a dieta alimentar e as cautelas higiênicas. Em um livro destinado para este fim, eram lançados o nome do consulente, idade, residência, profissão, diagnóstico da doença e terapêutica prescrita.

Trinta anos após sua criação, a Junta Consultiva já era considerada obsoleta. A *Gazeta Médica de Lisboa* (01/07/1857) opinava que ela deveria ser reavaliada em relação aos facultativos, aos doentes e às doenças. Quanto aos facultativos, o problema residia na rotatividade de profissionais, que obedecia a uma escala de convocação. Assim, os médicos e cirurgiões que estivessem em certo dia, só tornariam a aparecer semanas depois e, se o doente precisasse se consultar novamente, teria que historiar outra vez suas queixas e explicitar o

³⁰ Nasceu em Évora, em 24 de outubro de 1815, filho do militar José Bernardo Magalhães Coutinho. Matriculou-se na Escola Régia de Cirurgia como uma forma de fugir do alistamento obrigatório, freqüentando as aulas de Anatomia em 1831 e as de Matéria médica em 1832. Concluiu o curso em 1836. Com o restabelecimento do regime constitucional em 1833, Magalhães Coutinho alistou-se como voluntário em defesa da Carta e da Rainha. Em finais de 1837, freqüentava os cursos de química, botânica, física e zoologia. Em 1840, foi cirurgião-mor do segundo batalhão de voluntários do comércio e, em 1847, entrou para o corpo docente da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Em 1850, foi nomeado professor da cadeira de Obstetrícia e diretor da enfermaria de partos do Hospital São José. Em 2 de junho de 1856, foi nomeado cirurgião extraordinário do Hospital de São José e exercia a clínica no Hospital do Desterro. Foi Diretor da Escola Médico-Cirúrgica e o primeiro médico a experimentar o clorofórmio nos partos e operar fazendo uso da amilena (1857). Esteve envolvido com a política, elegendo-se deputado entre 1853-1856. Durante a sua passagem pela Câmara, propôs a reforma das escolas médico-cirúrgicas, de forma que os alunos destas gozassem das mesmas prerrogativas que os da Universidade de Coimbra. Foi diretor geral da Instrução Pública e vogal do Conselho Superior do mesmo ramo de serviços públicos. Fundou o *Jornal Zacuto Lusitano*, jornal semanal de medicina e ciências acessórias (1849-1850) e o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Foi nomeado cirurgião-parteiro da Rainha Maria Pia. Faleceu em 1895 (Costa-Sacadura, 1936, p. 14-18).

tratamento que foi indicado pela Junta anterior. Tudo indica que não fazia parte da rotina dos facultativos consultar o livro de registro, para checar o diagnóstico e a prescrição feitos anteriormente, no caso do consulente reincidente. E, diante das divergências sobre diagnóstico e terapêutica, cada grupo deliberadamente ignorava o trabalho feito anteriormente. Sobre esta parte nos diz a *Gazeta Médica de Lisboa*:

Ainda que as moléstias sejam sempre o que são, contudo o modo como os facultativos as podem ver e apreciar é diferente conforme a sua prática e habilidade. A terapêutica, ficando por isso subordinada ao juízo que o facultativo fizer da doença, ou a confiança que lhe merecem tais ou tais medicamentos, pode também ser alterada e seguir uma indicação diferente daquela a que o facultativo da junta anterior tenha submetido o mesmo doente. (...)

É verdade que no livro das atas fica escrita para os facultativos da Junta seguinte a opinião e diagnóstico que sobre as moléstias fizeram os da Junta passada; mas como algumas vezes não é possível haver acordo, se as opiniões se encontram divergentes, porque não concorrem no mesmo dia os facultativos de ambas as Juntas, é claro que os dá última não hão de se sujeitar, sem serem convencidos, o juízo próprio, que em sua consciência [sic] formaram à vista dos doentes que observaram (GML, 01/07/1857, p. 194).

Pessoas de todas as camadas sociais procuravam a Junta: os abastados, os pobres e os indigentes. Este perfil de usuário estava equivocado, na opinião dos críticos da *Gazeta Médica de Lisboa*. Ponderavam que os ricos deveriam obter os serviços médicos por outros meios que não o da caridade pública, como as consultas privadas em casa do facultativo ou do próprio doente. O conjunto de pobres era formado por pessoas que ganhavam o suficiente para sustentar a família, e quase nunca seguiam à risca as prescrições da Junta, por não terem recursos para comprar os remédios, ou por não poderem se ausentar do trabalho, conforme requeria o tratamento. Os indigentes, que fossem portadores de doenças graves, só poderiam ser tratados nas enfermarias do hospital e, se a doença fosse passageira, precisavam recorrer à Sala do Banco para conseguir os medicamentos.

No que toca ao tratamento das enfermidades, a Junta era pouco eficaz, porque, para as doenças agudas, era necessária uma observação regular, diária preferencialmente, para poder aumentar ou diminuir as doses medicamentosas.

Para as doenças crônicas, convinha que o tratamento fosse acompanhado por um mesmo facultativo.

Para a *Gazeta Médica de Lisboa*, a forma como a Junta Consultiva do Hospital São José estava organizada não trazia benefício algum aos doentes e ao hospital, devendo ser reorganizada e fundida ao serviço do Banco do Hospital. Propunha que os facultativos, em número de seis, fossem sempre os mesmos; que atendessem diariamente em horário determinado; que os doentes pobres – e apenas estes deveriam ter direito ao atendimento gratuito – fossem encaminhados à botica do hospital para receber os remédios receitados (GML, 01/07/1857).

2.5 DOENÇAS, DOENTES E TERAPÊUTICA NAS ENFERMIARIAS DO HOSPITAL SÃO JOSÉ

Em 1853, o Hospital São José possuía 20 enfermarias, divididas entre medicina e cirurgia, entre sexos, nominadas e numeradas.

TABELA 3 – Enfermarias do Hospital São José em 1853

SEXO	Nº	MEDICINA	Nº	CIRURGIA
Homens	1	São José	6	Santo Antônio
	2	São Sebastião	7	São Pedro
	3	São Roque	8	Santo Onofre
	4	São Miguel	9	Santo Amaro
	5	Quartos particulares	10	São Francisco
			11	São Carlos
			12	São João Batista
Mulheres	13	Santa Catarina	17	Santa Quitéria
	14	Nossa Sra. do Carmo	18	Santa Margarida
	15	Sant'Ana	19	Santa Bárbara
	16	Quartos particulares	20	Sta. M ^a Madalena

Fonte: Manoel Cesário da Araújo e Silva, 1853, p.42.

Três anos antes, em 1850, havia 28 enfermarias. Portanto, a reforma implementada com a mudança administrativa reduziu o número de enfermarias. Talvez algumas tenham sido fundidas ou transferidas para os Hospitais Anexos de Rilhafoles e São Lázaro.

TABELA 4 – Enfermarias do Hospital São José em 1850

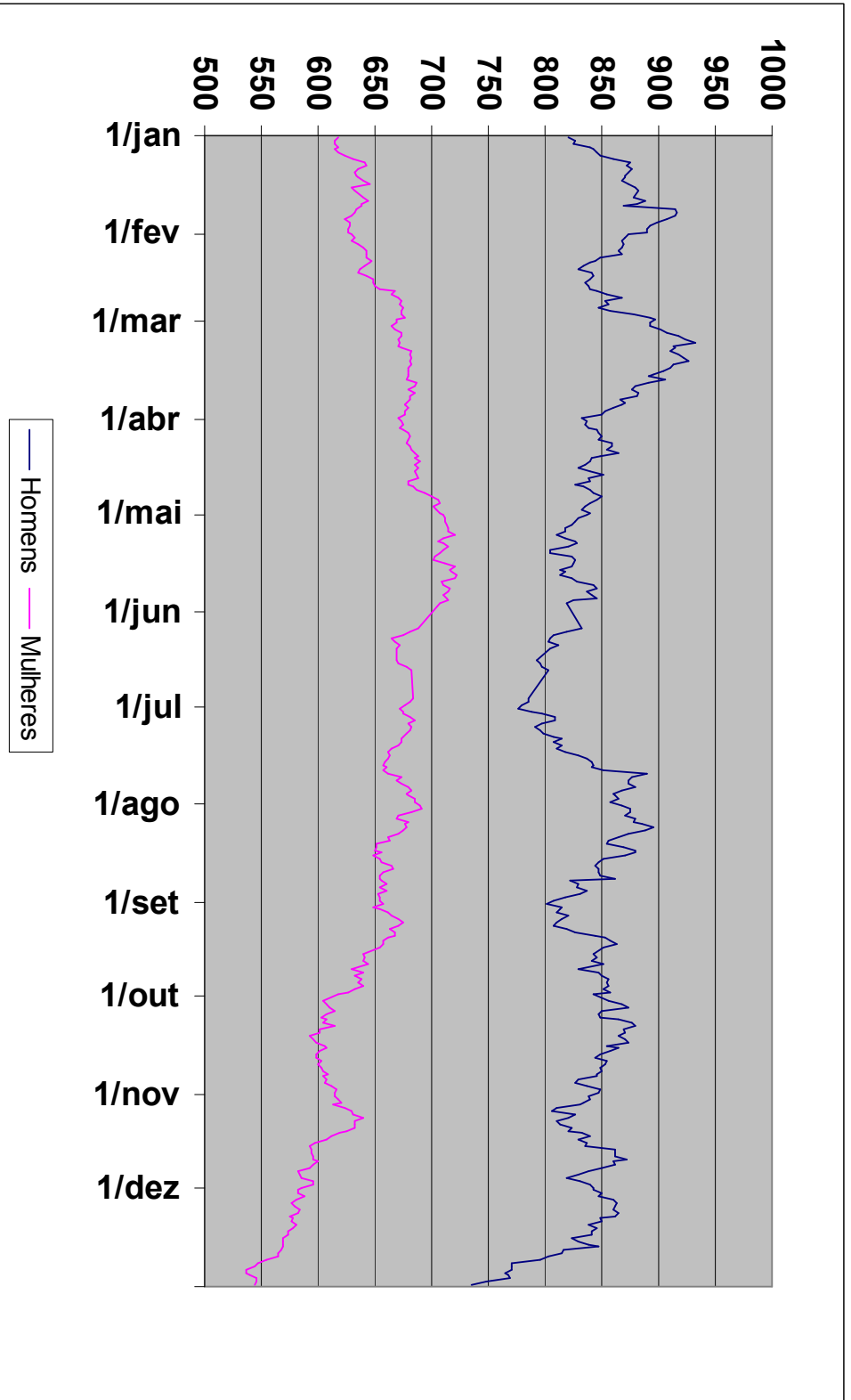
SEXO	Nº	MEDICINA	Nº	CIRURGIA
Homens	1	São José	3	São Miguel
	2	São Sebastião	4	São Pedro
	5	São Roque	7	São Domingos
	6	Santo Antônio	9	São Fernando
	8	Quartos particulares	10	Santo Onofre
	13	São Teotônio	11	Santo Amaro
	?	São Lázaro	12	São Francisco
	?	Amparo	24	São Carlos
			25	São João Batista
Mulheres	16	Santa Catarina	14	Santa Quitéria
	17	Nossa Sr ^a do Carmo	15	Santa Margarida
	19	Santa Eufêmia	18	Santa Bárbara
	20	Quartos Particulares	22	Santa M ^a Madalena
	21	Santa Ana		
	?	Santa Maria da Glória		
	?	Amparo		

Fonte: ANTT, Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, maço 04, 1850.

Neste ano de 1850, as enfermarias do Hospital São José registraram, em média, 648,5 mulheres e 846 homens, portanto a demanda de doentes do sexo masculino excedia à do sexo feminino (ANTT, Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no hospital*, maço 04, 1850). Esta configuração não se alterou nos anos seguintes, e as enfermarias para o atendimento dos homens continuaram em maior número do que as enfermarias para mulheres.

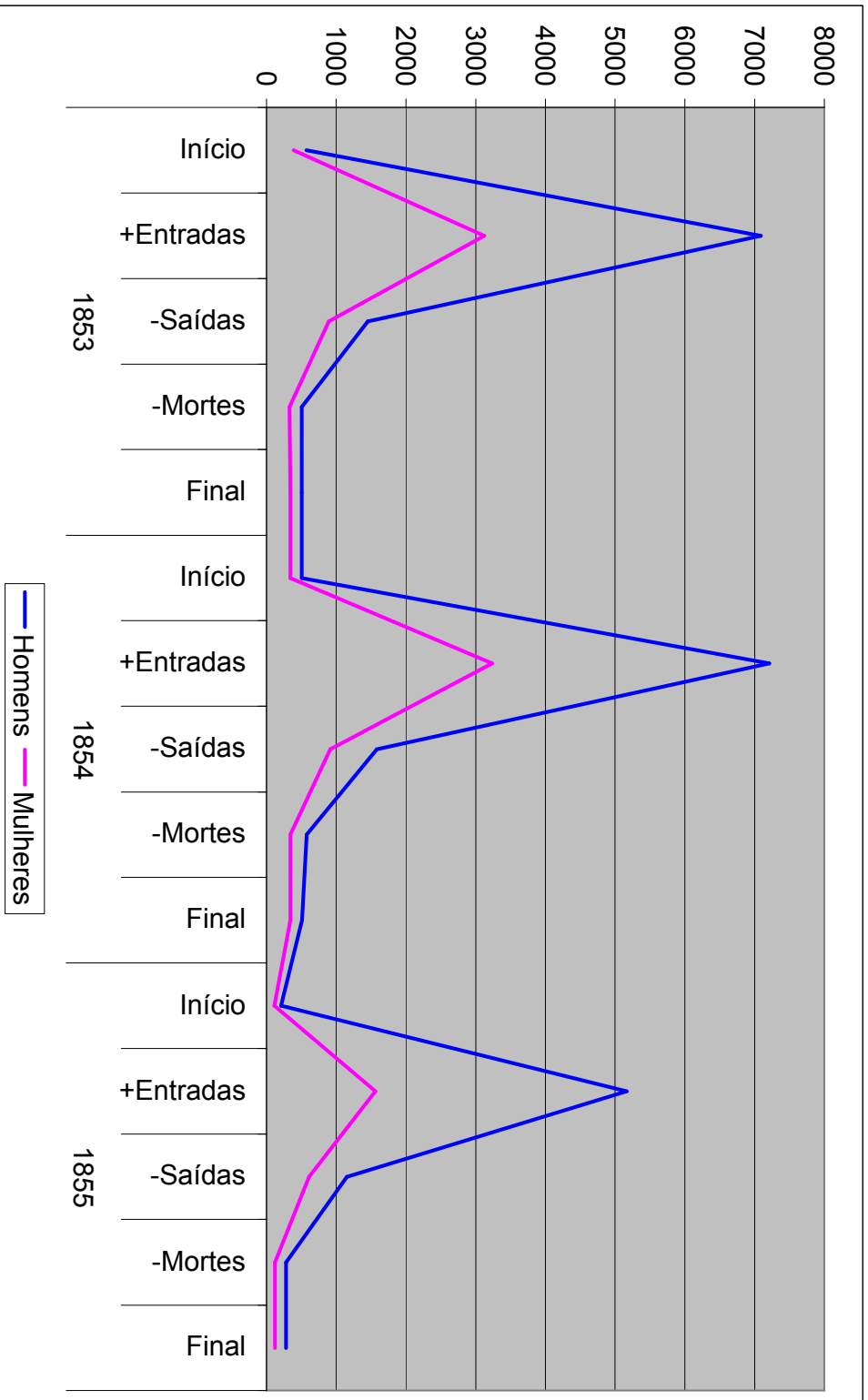
Alguns motivos explicam a preponderância do sexo masculino sobre o feminino nas dependências do hospital, a começar pela dinâmica populacional de Lisboa, uma cidade com uma população masculina superior à feminina, um pólo urbano que atraía comerciantes, imigrantes e viajantes, quase sempre homens.

FIGURA 3 – Ocupação do Hospital São José – 1850



Fonte: ANTT - Hospital São José, Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital, maio 04, 1850.

FIGURA 4 – Movimentação de Doentes no Hospital São José – 1853/1855



Fontes: GML, nº 28, 16 de Março de 1854, p. 70; nº 30, 16 de Abril de 1854, p. 101; nº 39, 01 de Setembro de 1854; nº 44, 16 de Novembro de 1854, p. 324; nº 49, de 01 de fevereiro de 1855, p. 15; nº 71, Dezembro de 1855, p. 367.

Durante o século XIX, a população residente em Portugal (parte continental, Ilha da Madeira e Arquipélago dos Açores) passou de 3 a 5,5 milhões de habitantes, crescendo, sempre em ritmo moderado, cerca de 74% ao longo de todo o Oitocentos³¹. Nas primeiras décadas do referido século, a dinâmica demográfica foi conturbada por três invasões estrangeiras, uma guerra civil e um surto de cólera³². Nos anos 50, Portugal voltou a experimentar uma relativa estabilização e, na década de 60, reiniciou o processo de aumento demográfico, sempre gradual e crescente (Veiga, 2004).

Em meados do século XIX, cerca de um quarto da população continental vivia nas cidades de Lisboa, Porto e Viseu. No início do referido século, a capital portuguesa possuía aproximadamente 165 mil habitantes, em meados da centúria, cerca de 200 mil, e, em 1900, havia 356 mil almas³³. Era o principal pólo urbano do país e concentrava o grosso da sua população nos bairros da Alfama, da Mouraria, do Rossio, no Bairro Alto e em Santa Catarina. Nestes bairros residiam mais homens que mulheres, mais gente em idade ativa (61,8%) que crianças e idosos (Veiga, 2004).

Uma boa parte da população masculina que buscava tratamento no Hospital São José era originária desta massa de trabalhadores, que vivia em Lisboa e nos arredores³⁴. O nosocômio não se restringia a atender apenas aos lisboetas e prestava seus serviços a portugueses de outras regiões e aos

³¹ Para Jorge Crespo (1990), a preocupação com a baixa estrutura demográfica fez parte do projeto de transformação de Portugal, no fim do Antigo Regime. O escasso crescimento populacional e a deficiente condição física dos indivíduos refletiam a distância que havia entre Portugal e os demais países do mundo europeu. Diante deste contexto, o Estado deflagrou um processo singular de civilização dos corpos, objetivando alavancar o “progresso” da nação portuguesa.

³² Ana Cristina Araújo, em *A morte em Lisboa* (1997), estudou o quadro geral da população de Lisboa entre 1700 e 1830, e verificou que, para a primeira metade do século XIX, Lisboa manteve uma progressão muito baixa de crescimento demográfico.

³³ O clássico estudo de Bento Carqueja (1916), *O povo português: aspectos sociais e econômicos*, traz outros dados populacionais para Portugal do século XIX. No entanto, preferimos fazer uso dos números apresentados por Veiga (2004), por considerar que a metodologia empregada pela autora e o uso dos recursos tecnológicos certamente corrigiram algumas distorções quantitativas.

³⁴ Os estudos de Laurinda Abreu (1999) no Hospital de Setúbal, correspondentes ao fim do século XVIII, demonstram que a maior parte dos indivíduos ali internados era de trabalhadores, especificamente os criados particulares.

estrangeiros. O grande número de sezonáticos³⁵ que dava entrada anualmente nas enfermarias deste hospital era de trabalhadores rurais, que viviam nas cercanias da capital e lidavam com a cultura do arroz (GML, 01/09/1853). De acordo com a estatística do ano de 1852, foram atendidos nos hospitais São José e São Lázaro cerca de 463 espanhóis que trabalhavam nas lavouras portuguesas.

TABELA 5 – Origem dos internos no Hospital São José - 1852

Naturalidade		Homens	Mulheres	Total
Portugueses	Alentejo	121	82	203
	Algarve	111	61	172
	Beira	1.124	176	1300
	Estremadura	2.772	1.568	4.340
	Douro	664	101	765
	Tras-os-Montes	86	35	121
	Minho	467	63	530
	Açores	46	40	86
	Ultrammar	50	28	78
Estrangeiros	Alemanha	7		7
	América Inglesa	2		2
	Argel	1		1
	Brasil	8	27	35
	Dinamarca	1		1
	França	17	1	18
	Gênova	3		3
	Espanha	439	24	463
	Inglaterra	9	1	10
	Malta	1		1
	Marrocos	1		1
	Noruega	3		3
	Rússia	8		8
	Sardenha	1		1
	Suécia	4		4
	Suíça	1		1
Ignora-se		11	16	27
Total		5.959	2.223	8.182

Fonte: GML, 01/11/1854, p. 300.

Em 1850, como já dissemos anteriormente, o movimento nas enfermarias masculinas foi superior às femininas em 30%. Nas enfermarias dos homens, as doenças prevalentes, em ordem decrescente, durante o primeiro semestre de

³⁵ Aquele que sofre sezões, ou seja, de febres intermitentes ou maleitas. Segundo Chernoviz (1878, p. 1049-1052), estas febres aparecem e desaparecem sucessivamente, por intervalos mais ou menos longos, e o doente apresenta períodos de frio, calor e suor. De acordo com o paradigma higienista Oitocentista, as febres intermitentes estiveram associadas às exalações pantanosas e às águas estagnadas.

1850 foram: as úlceras (377), as febres³⁶ (364), a sífilis (242), o reumatismo (213), a bronquite (193), as contusões (72), a gastrite (47), a diarreia (42), a tísica pulmonar (37), seguidos dos bubões venéreos (19) e da pulmonite (15) (ANTT - Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, Maço 04, 1850).

O maior movimento nas enfermarias femininas para o mesmo período esteve relacionado ao parto, seguido das úlceras, das febres, da sífilis, do reumatismo, das caquexias, das bronquites, das diarreias, das inflamações, da pulmonite, dos cancros venéreos, das contusões, da tísica e dos bubões venéreos (ANTT - Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, Maço 04, 1850).

TABELA 6 – Doenças prevalentes por sexo no Hospital São José –
1º semestre de 1850

Homens:		Mulheres:	
Úlceras	377	Parto	238
Febres	364	Úlceras	93
Sífilis	242	Febres	86
Reumatismo	213	Sífilis	54
Bronquite	193	Reumatismo	52
Contusões	72	Caquexias	51
Gastrite	47	Bronquites	48
Diarreias	42	Diarreias	30
Tísica pulmonar	37	Inflamações	12
Bubões venéreos	19	Pulmonite	12
Pulmonite	15	Cancros venéreos	11
		Contusões	10
		Tísica	8
		Bubões venéreos	7

Fonte: ANTT - Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, Maço 04, 1850.

A frequência das doenças nas enfermarias femininas era semelhante à das masculinas, exceto, no lado feminino, em dois casos: uma quantidade expressiva de caquexias e de partos, sendo estes uma especificidade da mulher, e que passaram a fazer parte da pauta de discussão dos cirurgiões e dos médicos na

³⁶ Trata-se de um conjunto de febres, formado pela febre gástrica, febre inflamatória, febre intermitente quotidiana, febre intermitente terça, febre intermitente quarta, febre atáxica. Se olhadas separadamente, elas podem passar despercebidas, mas, se computadas no conjunto, representam um percentual significativo. Neste grupo também se incluem os sezonáticos.

virada do século XVIII para o XIX. No lado masculino, houve maior incidência de contusões e gastrites.

TABELA 7 – Partos no Hospital São José - 1850

Meses	N ^o de partos	Óbitos
Janeiro	24	0
Fevereiro	24	0
Março	18	0
Abril	17	0
Maio	34	0
Junho	19	0
Julho	21	0
Agosto	21	0
Setembro	14	0
Outubro	Sem informação	-
Novembro	22	0
Dezembro	24	0

Fonte: ANTT - Hospital São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, Maço 04, 1850.

Além do parto, que não era propriamente considerado uma enfermidade, mas podia provocar doenças intercorrentes³⁷, outras moléstias específicas de mulheres aparecem nas estatísticas do Hospital São José em 1850, como a amenorréia³⁸ (2), a clorose³⁹ (1), as escoriações na vagina⁴⁰ (1), o histerismo⁴¹

³⁷ O conceito de *doenças intercorrentes* é compreendido no sentido utilizado por Thomas Sydenham (1624-1689), como sendo aquelas dependentes da susceptibilidade do corpo. Sobre esta doença intercorrente do parto, ver capítulo III.

³⁸ Ausência da menstruação (Chernoviz, 1878, p. 154).

³⁹ Anemia própria das jovens que chegaram à época da puberdade. Tratamento: habitação em lugares elevados e secos; ingestão de carne e cerveja; exercícios físicos, como equitação e dança; medicamentos tônicos, como águas férreas, naturais e artificiais; banhos frios; fricção pelo corpo (Chernoviz, op. cit., p. 566-567).

⁴⁰ Poderia ser causada pelo parto (Mazarém, 1839). Sobre esta doença intercorrente do parto, ver capítulo III.

⁴¹ Segundo Chernoviz (op. cit., p. 174-176), “é uma moléstia própria das senhoras, que se manifesta por ataques, cujo principal caráter consiste em sentir uma bola que parece subir do útero, produzir no estômago um calor mais ou menos vivo ou um frio intenso, e dirigir-se depois ao peito e ao pescoço, onde ocasiona uma espécie de estrangulação. Frequentemente, as doentes queixam-se de dores de cabeça: o ventre incha momentaneamente, assim como o peito e o pescoço; as extremidades tornam-se frias, e há palpitações violentas do coração. Quando o ataque é forte, estes fenômenos são seguidos de convulsões e perda de sentido. As doentes batem de encontro ao peito, retorcem os braços, e em sua cólera inocente procuram morder tudo o que encontram. Esta excitação é imediatamente seguida de sossego, cujas alternativas se sucedem um número de vezes determinado”.

(1), a leucorréia⁴² (1), a metrite aguda (2), o cirro⁴³ na glândula mamária (1) e a vaginite⁴⁴ (2).

As doenças de mulheres não eram representativas na estatística médica do Hospital São José. Para uma breve demonstração, tomemos o mês de Janeiro de 1850⁴⁵ como base de cálculo, onde foram atendidas 867 pessoas, sendo 258 do sexo feminino. Deste total de mulheres internadas, apenas 35 sofriam de doenças específicas de mulheres, ou seja, 13,7%. As demais acusavam outras doenças comuns aos dois sexos. (ANTT - Secção São José, *Mapas de enfermos que entraram, saíram, faleceram e ficaram existindo no Hospital*, Maço 04, 1850).

Neste universo das sofredoras das mazelas do seu sexo, ainda há outro recorte: das 35 mulheres com problemas específicos do seu sexo, 24 procuraram o hospital para dar à luz, ou seja, 68,6% dos casos foram de partos. Portanto, o percentual majoritário de atendimentos foi para as doenças comuns aos sexos masculino e feminino, como as úlceras, bronquites, febres, gastrite aguda, tísica, pulmonite, sífilis, reumatismo muscular, diarreia e cancros (ibidem).

O parto, campeão dos atendimentos prestados às mulheres ao longo do ano de 1850, não registrou nenhuma morte em decorrência direta deste. Este dado provavelmente não se aproxima da realidade, pois a parturiente poderia vir a falecer alguns dias depois, e a causa era atribuída às febres ou a gangrena, conforme demonstram as autópsias cadavéricas do cirurgião Mazarém, exploradas ainda neste capítulo.

Em 1852, sob nova administração e nova regulamentação, com maior ingerência dos médicos e cirurgiões, o Hospital São José elaborou uma estatística médica para o ano de 1851 e primeiro trimestre de 1852, e discutiu as principais causas de mortalidade daquele estabelecimento. As doenças com maior número

⁴² Também chamada de flores brancas, caracterizado por um fluxo mucoso que corre pelas genitais femininas, sem distinção de idade e estado civil. Para o século XIX, era uma doença muito difícil de curar (Chernoviz, op. cit., p. 1154-1155).

⁴³ Tumor duro que se desenvolve nos tecidos do corpo, principalmente nos seios das mulheres ou nos testículos dos homens. É o primeiro grau do cancro (Chernoviz, op. cit., p. 936).

⁴⁴ Inflamação na vagina, que se apresentava em três graus: simples, blenorragica e granulosa (Chernoviz, op. cit., p. 1144-1145).

⁴⁵ Optamos apenas pelo mês de Janeiro porque os dados eram lançados mês a mês e, por vezes, a doente se mantinha vários meses no hospital, e a sua doença era repetida no quadro do mês seguinte. Assim, como os dados relativos à doença se sobrepõem, preferimos tomar como exemplo apenas o mês de janeiro, para não correremos o risco de superestimar determinadas enfermidades.

de óbitos foram as respiratórias, seguidas das cardiopatias e das diarreias. Na lista das enfermidades de maior prevalência estão a sífilis, a pleuro-pulmonite e a gastro-entero-colite.

TABELA 8 – Doenças prevalentes e nº óbitos no Hospital São José – 1851 e 1º trimestre de 1852

DOENÇAS	TOTAL DE CASOS	Nº DE MORTOS
Pleuro-pulmonites	811	291
Tubérculos Pulmonares	236	194
Febres atáxico-adinâmicas	268	121
Lesões orgânicas do coração	184	114
Diarreias	159	112
Apoplexias cerebrais	137	104
Gastro-entero-colites	604	98
Anazarcas, ascites, hidrotoraces	172	93
Caquexias	69	68
Laringo-bronquites	543	63
Sífilis	1.560	40
Hepatites	202	39
Úlceras de pernas com erisipela gangrenosa	367	38
Aneurismas arteriais	40	26
Escrófulas	114	19
Elefantíase	48	18
Meningo-encefalites	45	17
Apoplexias sorosas	14	14
Gangrenas	20	14
Pericardites	9	9

Fonte: GML, 01/02/1853, p. 14.

Segundo a estatística de 1852, predominavam entre os enfermos homens de temperamento sangüíneo e constituição robusta e mulheres linfáticas e de constituição delicada⁴⁶. Neste ano, foram tratados 8.182 doentes no Hospital São José e em um dos seus Anexos, o Hospital de São Lázaro⁴⁷, sendo 5.959 homens e 2.223 mulheres. Do público masculino, 82,9% era formado por trabalhadores do campo, e o restante se dividia entre praticantes das artes liberais, das artes

⁴⁶ O Cirurgião Miguel Januário Fernandes Branco não concordava com este consenso. Para ele, não era o temperamento sangüíneo o predominante em Portugal e sim o linfático e bilioso (GML, 01/11/1854, p. 299-300).

⁴⁷ Em 11 de Novembro de 1844, o Governo decretou que o leprosário – Hospital de São Lázaro – passasse definitivamente para a Administração do Hospital São José (Leone, 1993).

mecânicas⁴⁸, comerciantes, criados de servir, eclesiásticos, marítimos, mendigos e os sem profissão. Entre as mulheres, quase a metade não possuía ocupação, seguidas das criadas, prostitutas, costureiras, mendigas, lavadeiras e vendedeiras (GML, 01/11/1854).

TABELA 9 – Ocupações das mulheres enfermas no Hospital São José – 1852

OCUPAÇÃO	TOTAL
Sem profissão	1.020
Criadas	402
Meretrizes	241
Costureiras	139
Mendigas	117
Lavadeiras	114
Vendedeiras	101
Trabalhadoras	61
Tecedeiras	18
Sapateiras	5
Trapeiras	4
Mestra de primeiras letras	1

Fonte: GML, 01/11/1854, p. 302.

A enfermaria de Partos – Santa Bárbara – recebeu 249 parturientes, ou seja, cerca de 11,2% do público feminino que deu entrada ao São José e Anexo, em 1852. A faixa etária oscilava entre 16 e 30 anos, eram predominantemente solteiras, a principal ocupação era “criada de servir” e o índice de mortalidade materna foi de 2% e de mortalidade infantil foi de 9,1% (GML, 01/10/1854, p. 271).

⁴⁸ A estatística apresenta as “artes liberais” como ocupações onde se empregam as forças intelectuais, a exemplo dos cirurgiões, empregados públicos, escreventes, estudantes, mestres de primeiras letras e músicos; e as “artes mecânicas” como aquelas onde os profissionais utilizam especialmente a força física, a exemplo dos sapateiros, ferreiros, pedreiros, vidraceiros, tecelões etc. É a clássica divisão entre trabalho intelectual e trabalho braçal.

TABELA 10 – População Feminina da Enfermaria Santa Bárbara – 1852

FAIXA ETÁRIA		ESTADO MATRIMONIAL		OCUPAÇÃO	
15 a 25 anos	113	Solteiras	198	criadas	125
26 a 35 anos	105	Casadas	40	costureiras	22
36 a 45	31	Viúvas	11	lavadeiras	8
				meretrizes	4
				tecedeiras	2
				trab. campo	2
				vendedora	6
				sem profissão	75

Fonte: GML, 01/11/1854, p. 302.

Cruzando os dados de prevalência das doenças, de óbito e das profissões dos enfermos, pode-se afirmar que a população que freqüentou o Hospital São José, em meados do século XIX, era oriunda das camadas mais desfavorecidas da população, e as doenças eram decorrentes dos baixos padrões sócio-econômicos, de uma alimentação deficitária, de moradia e vestuário inadequados para enfrentar os rigores do inverno, das condições insalubres de trabalho, tanto nas cidades, quanto nos campos.

A terapêutica empregada no Hospital São José estava de acordo com os postulados médicos vigentes. Era, em geral, subordinada à natureza do mal: os diuréticos, para as *acumulações de soro nas cavidades torácicas e abdominais*; para os acometidos de *escrófulas*, empregava-se o óleo de bacalhau, o ferro e o iodureto de potássio; para as *bronquites e pulmonites crônicas*, além dos medicamentos usados nas escrófulas, havia ainda os revulsivos e o ópio; os *bubões* eram tratados com emolientes, resolutivos, vesicatórios, incisões e o cáustico de Viena; nas demais *doenças venéreas*, o tratamento era à base de mercúrio e de iodureto de potássio; o amido e as loções de chá de sabugueiro, nas *erisipelas*; os purgantes e os revulsivos, para a *febre gástrica*; para a *febre tifóide*, os mesmos meios da febre gástrica, mais a quinina e os tônicos excitantes; nas *febres intermitentes*, era aplicado o arsênico; o ópio e os mucilaginosos, nas *diarréias agudas*; os *tétanos* eram tratados com ópio, banhos mornos e unções com o linimento de clorofórmio; para *reumatismo*, mal que atingia muitos portugueses, usavam-se sumo de limão, quinina, nitrato de potássio, unções narcóticas, iodureto de potássio, os antiflogísticos gerais e locais

e os revulsivos; e, por fim, as sangrias gerais, que eram aplicadas em quase todas as doenças (GML, 16/12/1854).

Os facultativos do Hospital São José não eram parcimoniosos no uso das sangrias, como se pode observar nas enfermarias femininas: em Santa Margarida, o consumo foi de 3.098 bichas no ano de 1852, seguida pela de Santa Bárbara, destinada a partos, que utilizou 1.365; na de Santana, empregou-se 1.081; a de Santa Catarina utilizou 860; a de Nossa Senhora do Carmo lançou mão de 454; em Santa Maria Madalena, serviram-se de 608 e, em Santa Quitéria, temos o menor número, 322 sanguessugas (GML, 01/10/1853).

Compreende-se, assim, o adágio popular que dizia “em Lisboa, não há sangria má nem purga boa”. Na segunda metade do século XIX, vozes já se levantavam contra as sangrias e as dietas rigorosas dentro do Hospital São José. O cirurgião Antonio Maria Barbosa publicou no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, em 1852, uma nota contrária às evacuações sangüíneas e às dietas severas, afirmando que elas deterioravam o doente, tirando-lhe as forças necessárias para que ele se restabelecesse, fazendo com que o enfermo passasse mais tempo no hospital, ficando assim sujeito a outras doenças intercorrentes.

O cirurgião João Pedro Barral era partidário da mesma causa que Antonio Maria Barbosa: que os doentes das enfermarias de cirurgia precisavam de grande força orgânica para opor às maiores causas da debilitação, relacionadas quase sempre às supurações das úlceras e feridas, e que o abuso do tratamento depletivo e da dieta a base de caldos provocava conseqüências desastrosas (GML, 01/10/1853). Uma dieta completa era assim distribuída: o *almoço*, servido às 6:00 ou 6:30, era composto por pão, caldos, dito de farinhas, sopa e açorda; o *jantar*, ofertado ao meio-dia, continha pão, carne, caldos e arroz; na *ceia*, às 18:00 ou 19:00, havia o pão, a carne, os caldos, e o arroz; e nas *madrugadas*, apenas os caldos (GML, 16/01/1858, *Tabela das dietas gerais do Hospital Nacional e Real de São José*, mandada observar por Portaria da Comissão Administrativa, de 10 de abril de 1847).

2.6 MARIAS E GERTRUDES NA ENFERMARIA SANTA BÁRBARA: UMA EXPERIÊNCIA ANÁTOMO-CLÍNICA

Quando o Hospital se mudou para o Colégio de Santo Antão, após o terremoto de 1755, já havia a enfermaria de partos, a funcionar no terceiro andar do “novo” edifício, designada pelo nº 18, e nomeada de Santa Bárbara, coerente com o costume religioso da época (Costa-Sacadura, 1936). Posteriormente, a enfermaria de partos foi mudada para o último andar do edifício, onde permaneceu até início do século XX.

A enfermaria das paridas, ou que estão peçadas, é uma casa muito comprida e estreita, de abóbada, semelhante a um corredor; está no interior do edifício; os lados mais compridos não têm janelas, e olham em relação ao edifício para o Norte e para o Sul, os menores para o Leste, e para o Oeste, para onde tem uma janela muito grande, e pela parte de Leste, aonde está a enfermaria de partos, pegada a enfermaria de São Roque. Tem 26 camas arrumadas a face Norte, e na da frente desta tem 8 camas em direção contrária, pois não cabem de outro modo, e no extremo do Nascente tem outras oito; todas arranjadas da mesma maneira; tem uma enfermeira, 3 ajudantes, 2 parteiras, e uma extraordinária (Cruz, 1843, p. 224).

Nos anos 20 do século XIX, a enfermaria Santa Bárbara foi dirigida pelo cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém, autor do *Anuário clínico da arte obstetrícia, começado no princípio de setembro de 1825, e terminado no fim de agosto de 1826*⁴⁹. Este português, assim como Manuel Joaquim Henriques de Paiva, teve uma passagem pelo Brasil, onde foi também professor do nascente ensino médico no Rio de Janeiro. Ele nasceu em Chaves, formou-se em Cirurgia no Hospital São José, em Lisboa, no ano de 1806, e veio para o Brasil junto com a Família Real em 1807. Por ocasião da fundação da Escola de Cirurgia, ele foi nomeado lente de Anatomia, em 1808, em seguida passou a lecionar a cadeira de Medicina Operatória e Arte Obstetrícia, e por fim Fisiologia, em 1813, quando a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro se transformou em Academia Médico-Cirúrgica. Quando D. João VI regressou a Portugal, em 1821, Mazarém o acompanhou e, em Lisboa, foi nomeado cirurgião da Armada, cirurgião da Casa

⁴⁹ Este documento se encontra disponível no Real Gabinete Português de Leitura, no Rio de Janeiro.

Real, Diretor da Régia Escola de Cirurgia e professor de obstetrícia na Escola Cirúrgica, de 1825 até a data da sua morte, em 1849. Foi Sócio da Academia das Ciências de Lisboa, escreveu muitas observações e estatísticas de clínica obstetrícia e outros artigos em revistas médicas, além de dedicar parte do seu tempo à tradução de livros destinados ao ensino médico-cirúrgico (Santos Filho, 1991; Carvalho, 1929).

O *Anuário clínico da arte obstetrícia* (1826) relata os casos de gravidez, partos, doenças intercorrentes destes, e descreve minuciosamente as autópsias realizadas nas mulheres que faleceram naquela enfermaria. Os registros revelam o universo da medicina portuguesa no início do século XIX e o nascimento da anátomo-clínica nas dependências do Hospital São José. A ação deste cirurgião, de observar pormenorizadamente o mundo do doente e da doença e descrevê-lo, atento aos sintomas, diagnóstico, terapêutica e resultados das enfermidades, foi um desdobramento da política de higiene e saúde pública adotada pelo Estado português, a partir de 1812.

Jorge Crespo (1990) afirma que a política de saúde pública defendida no início de século XIX foi a primeira tentativa de conhecer as doenças e as epidemias mais vulgares em Portugal. Tal desejo se traduziu na ação conjunta das autoridades e dos agentes oficiais de saúde (médicos e cirurgiões) e, a estes últimos, coube a tarefa da elaboração de dados de natureza quantitativa e qualitativa sobre a saúde dos portugueses, aos quais deveriam ser remetidos mensalmente aos provedores das Comarcas, estes os enviavam para o Intendente Geral de Polícia, que encaminhava para a Secretaria de Negócios do Reino e daí as informações eram, finalmente, remetidas para publicação no *Jornal de Coimbra*. O relatório mensal dos médicos e cirurgiões continha as doenças mais comuns, as prováveis causas das mesmas, as formas de tratamento empregadas, e outras observações consideradas pertinentes pelos oficiais de saúde.

Neste período, ou seja, início do século XIX, a doença não era mais uma entidade abstrata, mas um fenômeno concreto, passível de ser localizada no corpo e materializada nos órgãos. A partir do olhar dirigido para o corpo doente, da investigação pormenorizada de todos os espaços e elementos que circundavam o doente – terra, água, ar, habitação, alimentação – e do exame dos

órgãos, foi possível construir um outro contexto mental e científico para a explicação das enfermidades.

O *Anuário clínico da arte obstetrícia* apresenta uma série de questões sinalizadoras de uma nova postura da medicina e de outra metodologia de investigação da doença: inicialmente, o facultativo investigava aspectos gerais sobre a vida da paciente, reportando-se idade, naturalidade, ocupação, estado matrimonial, moradia, temperamento (bilioso, nervoso, sangüíneo e linfático) e constituição (robusta ou delicada); em seguida, os sintomas da doença; a terceira tratava da terapêutica e da dieta administradas; a quarta demonstrava como a enferma reagiu ao tratamento e se saiu curada ou foi a óbito. Quando a mulher falecia, era comum a realização da autópsia, com o objetivo de estudar os órgãos internos que apresentavam lesões ou sinais que pudessem corroborar o diagnóstico realizado a partir do olhar clínico sob o corpo enfermo, ou apontar outras possibilidades explicativas para a doença e morte.

A enfermaria de Santa Bárbara recebia mulheres grávidas ou recém-paridas e, de acordo com a estrutura organizacional do hospital, era chefiada por um cirurgião e contava com o apoio de uma *regente*, residente no local de trabalho, responsável pelos funcionários do serviço interno: enfermeiras, parteiras, serventes, criadas e alunos da Escola de Cirurgia (GML, 01/10/1853; Mazarém, 1826).

Os cirurgiões e médicos não eram os únicos a terem contato com as mulheres em trabalho de parto. Na realidade, estes eram chamados quando a natureza se via impedida, por algum motivo, de seguir seu curso. As funções de cuidar da mulher pejada, acompanhar o parto e aparar a criança ficavam a cargo da parteira. Esta estava hierarquicamente subordinada ao cirurgião, e deveria requisitá-lo quando o parto apresentasse complicações que requeressem manobras obstétricas ou uso de instrumentos auxiliares, como o fórceps, conforme nos relata Mazarém: “Como não havia sintomas que urgissem meios extraordinários, confiei a parturição às forças da natureza, deixando junto da parturiente, além da Parteira de semana, os três Alunos de semana de prática” (Mazarém, 1826, p. 25).

Os alunos do curso de cirurgia se faziam presentes no cotidiano da enfermaria Santa Bárbara, uma vez que havia uma intrínseca relação entre a

Escola Régia de Cirurgia e o Hospital São José. Era neste nosocômio que ocorriam as lições práticas da cadeira de Operações e Partos, cujo titular era Mazarém. Vamos verificar este procedimento em 18 de Janeiro de 1826, quando M. J. entrou em trabalho de parto de uma criança que se apresentava de nádegas:

Determinei ao Aluno que assistia ao parto, que lhe promovesse a flexão da cabeça, comprimindo com os dedos indicador e mediano da mão esquerda, aplicando as maxilas aos lados do nariz, a face contra o peito do feto, auxiliando este movimento, carregando-lhe sobre e a nuca com os dedos indicador e mediano da mão direita; porém no movimento em que ia a por em prática esta manobra, uma forte contração do útero terminou a parturição, vindo o feto no estado de asfixia, ou morte aparente (Mazarém, 1826, p. 14).

Outra parturiente (J. T.) adentrou no Hospital São José, no dia 13 de Fevereiro de 1826, e recebeu imediatamente a visita de Mazarém, juntamente com quatro alunos, um dos cirurgiões do Banco e o cirurgião e professor José Lourenço da Luz Gomes (ibidem).

Como cirurgião e parteiro, cabia a Mazarém examinar as mulheres em “estado gravídico”, tecer um diagnóstico, decidir se a enferma deveria ser removida para a enfermaria de cirurgia ou de medicina, prescrever a dieta e a terapêutica. O exame que Mazarém realizava ia além de um simples olhar. Ele media o pulso, avaliava a cor da face, o timbre da voz e apalpava os “órgãos da geração” para reconhecer a posição do feto e a dilatação do útero (ibidem, p. 25). Numa época de muitos tabus envolvendo o corpo da mulher, a *práxis* obstétrica na enfermaria Santa Bárbara rompe com a tradição vigente na sociedade portuguesa, que mantinha os olhos e as mãos masculinas afastados do corpo feminino.

Depois de dar à luz, as mulheres eram encaminhadas para a convalescença, para a enfermaria de cirurgia ou para a de medicina. No primeiro caso, estavam as mulheres reputadas sãs, mas que precisavam de “sossego” e repouso; no segundo, aquelas que apresentavam mazelas intercorrentes da parturição, como inflamações e abscessos nos seios, úlceras escrofulosas, inflamação erisipelosa, e que deveriam ficar sob os cuidados de um cirurgião; e

para a enfermaria de medicina eram enviadas as mulheres com doenças internas, como hepatite crônica, icterícia, diarreia.

Percebe-se que o tratamento das doenças se dava num quadro conceitual que apartava a medicina da cirurgia; sendo que a primeira tratava das doenças internas, e a segunda, do parto e das moléstias externas. Mas, quando o corpo enfermo invadia estes limites rígidos das categorias profissionais curativas, médicos e cirurgiões se reuniam para decidir a melhor conduta terapêutica.

As doenças que faziam as mulheres permanecerem no Hospital eram intercorrentes da gravidez e/ou do parto, conforme podemos depreender do relato de Mazarém:

As três paridas, que passaram para outra Enfermaria, duas foram para a de Cirurgia, com inflamações nos peitos, e um já com supuração, e uma foi para a de Medicina, pelos seguintes motivos. Entrou para o Hospital na manhã do dia 6; era a décima quarta prenhez que contava, tendo sido todas isentas de incômodos, e em todas bem sucedida, à exceção desta última, em que tinha sofrido muito para o fim; de modo que na noite do dia em que entrou, foi necessário o aplicarem-se-lhe vesicatórios entre as espáduas, e na parte interna dos braços, por causa de sufocações e aflições que sofria, com o que aliviou, e no dia imediato pariu regularmente uma menina morta, porém sem inconveniente; contudo repetindo-se, passando alguns dias, os mesmos ataques, foi necessário então passá-la para a Medicina (Mazarém, 1826, p. 3-4).

Algumas vezes, a causa da doença não estava associada, necessariamente, ao “estado gravídico”, a exemplo de Anna Gertrudes, prena de seis meses que procurou o hospital, por ter amanhecido com uma hemiplegia⁵⁰ do lado direito, com torcimento da boca; Rita da Conceição, 20 anos, 9^o mês de gravidez, entrou no Hospital por causa do catarro pulmonar e de uma dor punctória do lado esquerdo; M. do P., 23 anos, 5^o mês de gravidez, casada, camponesa, sofria de febre intermitente quando entrou na enfermaria Santa Bárbara; A. das D., 28 anos, criada, grávida de 7 meses, sofria de “defluxão”⁵¹, tosse com expectoração sangüínea e dificuldade de respirar; J. B., 23 anos, sofria

⁵⁰ Paralisia em um dos lados do corpo (Chernoviz, op. cit., p. 118).

⁵¹ Grau fraco de bronquite (Chernoviz, op. cit., p. 786).

de hemicrania⁵², dor ciática do lado direito, pouco apetite, edema no supercílio e pálpebra superior direita; J. C, 40 anos, foi espancada pelo marido, no último mês de prenhez. (ibidem, p. 8-38). O que todas estas mulheres tinham em comum era o fato de estarem grávidas e doentes.

2.6.1 A experiência de olhar para dentro do corpo doente

O cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém acompanhou centenas de mulheres na enfermaria Santa Bárbara do Hospital São José, ao longo de 12 meses (set/1825 a ago/1826), conforme demonstramos na Tabela 11. Mas nem todas as internas tiveram seus males descritos no *Anuário clínico da arte obstetrícia*, apenas aquelas que traziam desafios que a medicina da época não conseguia superar, e um grupo de facultativos se reunia para passar a limpo a trajetória da doença e da terapêutica, num último esforço para conter o mal e fazer a vida vencer a morte.

Do total de mulheres atendidas em um ano, 5,2% delas foram a óbito, alguns dos quais seguidos de autópsias, detalhadamente narradas no *Anuário Clínico*. Acreditamos que as falecidas que tiveram seus corpos averiguados pela anatomia patológica eram as que não possuíam família, vizinhos ou irmãos da confraria para reclamar o corpo e organizar a encenação barroca da morte⁵³.

O *Anuário clínico da arte obstetrícia* demonstra que a realização de autópsias esteve incorporada à rotina do cirurgião. Autopsiar um cadáver tinha por finalidade confrontar os dados observados a partir da manifestação da doença, na superfície do corpo enfermo, com o mal visível no interior do corpo sem vida, perceptível através das lesões nos tecidos e órgãos internos.

As mulheres procuravam o atendimento médico no Hospital em três situações: quando sofriam de algum mal, relacionado ou não com a gravidez; quase sempre por problemas com o parto; ou por causa das doenças manifestas no puerpério⁵⁴. A enferma, uma vez instalada na enfermaria Santa Bárbara, ficava

⁵² Dor que incide em uma das metades da cabeça (Chernoviz, op. cit., p. 118).

⁵³ A morte em Portugal apresentou-se como um ritual organizado por normas, de caráter simbólico, que contava com a participação dos familiares, vizinhos, religiosos e irmandades até meados do século XIX. Sobre este assunto, ver Araújo (1997) e Catroga (1998).

⁵⁴ Período que se segue ao parto.

sob responsabilidade do cirurgião-chefe, mas poderiam ser assistidas por outros cirurgiões ou por médicos, se o estado demandasse a formação de uma junta de facultativos para discutir a melhor terapêutica, ou para validar o tratamento anteriormente prescrito.

Durante os meses de setembro e outubro de 1825, Mazarém explicitou o nome das pacientes, além da idade, naturalidade e outros dados da anamnese⁵⁵, a exemplo de “Anna Maria, 25 anos de idade, natural da Ilha de São Jorge, constituição sangüínea e robusta; primeira gravidez...” (Mazarém, 1826, p. 4); “Gerturdes Magna, 26 anos de idade, segunda gravidez...” (ibidem, p. 6); “Damiana Roza, 26 anos de idade, segundo parto...” (ibidem, p. 7); “Anna Gertrudes, 36 anos de idade, tendo tido cinco partos bem sucedidos em todos...” (ibidem, p. 7). A partir de dezembro do referido ano, o cirurgião não mais expõe o nome das pacientes, apresentando apenas as iniciais destas: “M... do P..., idade 23 anos, casada, natural e assistente em Rio Maior, ocupando-se no serviço agrário dos campos, de constituição sangüínea e robusta...”(ibidem, p. 11); “M... J..., idade 28 anos, constituição sangüínea, forte e robusta, primeira prenhez” (ibidem, p. 14).

Esta postura de omitir o nome do paciente, mantendo-o no anonimato, foi resultado de um movimento polêmico de natureza deontológica, que veio a lume em Portugal por volta de segunda década do século XIX. Neste período, médicos e cirurgiões tornavam públicas as estatísticas clínicas, conforme exigência do Estado (Crespo, 1990), e costumavam acrescentar relatos de casos. Este movimento acabava por validar os princípios metodológicos da ciência médica, num momento em que estes personagens buscavam a afirmação do seu saber e da sua autoridade.

No processo de construção do *status* científico da medicina, um anônimo publicou no *Jornal de Coimbra* (RGPL– 1816, p. 78):

A Medicina é uma ciência de fatos; sobre eles exclusivamente é que devem assentar os sistemas; (...) Todos os dias vemos observadores diferentes, contarem-nos em circunstâncias idênticas sucessos diferentes, até diametralmente opostos: e todos os dias vemos

⁵⁵ Informação acerca do princípio e evolução duma doença até a primeira observação do médico (Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

também firmar sobre fatos assim, vacilantes sistemas médicos, e desgraçadamente chegar a cama dos doentes suas funestas conseqüências. Tão grande e fatal diversidade só pode vir de se não saber, ou não querer de propósito avaliar com justiça e contar fielmente os fatos. Resultando, de declarar-se o observador e o doente, de certo mais circunspecção no mesmo observador, e poder qualquer informar-se com o doente de toda a verdade do fato e suas circunstâncias.

Voltando ao cotidiano de Mazarém na enfermaria Santa Bárbara, na manhã de 24 de janeiro de 1826 foi convocada uma conferência com os doutores Sebastião Archanjo Páes e José Pedro Dias, para discutir o estado de doença de A. D., uma mulher de 28 anos, criada de servir, grávida de 6 para 7 meses. Ela sofria de problemas no aparelho respiratório, e como o tratamento empregado não havia dado resultado, os facultativos se reuniram e deliberaram pela alteração do mesmo. Apesar dos esforços, ela não respondeu ao tratamento e faleceu (Mazarém, 1826, p. 15-17).

Um mês depois, em Fevereiro do mesmo ano, foi realizada uma outra conferência, com os doutores Antonio Mendes Franco e Francisco Thomaz da Silveira Franco, por conta das complicações provenientes do parto de J. T., de 48 anos, que, ao chegar ao Hospital, já trazia o feto morto, o qual foi retirado em estado gangrenoso, através de elaboradas manobras. A dupla de médicos concordou com a dieta e com o tratamento adotado, porém acrescentou os vesicatórios. Mas J. T. não escapou da provável septicemia (ibidem).

O parto de L. M., criada de servir, 25 anos, natural de Vila de Mafra, 1ª gravidez, foi muito complicado. A criança nasceu morta e teve que ser retirada a fórceps. Ela entrou no hospital no sétimo mês de gravidez, por estar com edema nas extremidades abdominais e nas “partes externas da geração”. Na tarde de 20 de Abril de 1826, 24 horas após ter começado o trabalho de parto, diante da dificuldade de L. M. em expulsar o feto através dos “esforços da natureza”, reuniram-se os cirurgiões João José Pereira, Mazarém e José Lourenço da Luz Gomes e deliberaram que fossem aplicadas 24 sanguessugas na região dos grandes lábios. Às três horas da manhã do dia seguinte, os citados cirurgiões tornaram a se reunir e decidiram extrair o feto por meio do fórceps. Três dias depois ela faleceu (ibidem, p. 16-28).

TABELA 11 – Movimentação da Enfermaria Santa Bárbara - set/1825 a ago/1826

Mês/ano	Existiam		Pariram no mês	Morreram	Deixaram o hospital	Enfermarias			Abortos	Recém-nascidos		Sexo dos recém-nascidos	
	grávidas	paridas				Convales cença	Cirurgia	Medicina		vivos	mortos	masc.	fem.
Set/25	14	9	9	1	5	0	2	1	0	8	1	6	3
Out/25	18	9	15	0	11	0	0	1	0	15	0	8	7
Nov/25	15	10	12	0	7	0	1	1	0	12	0	8	4
Dez/25	14	11	14	1	12	0	1	0	0	13	1	8	5
Jan/26	20	2	20	1	14	0	0	0	0	20	0	17	3
Fev/26	16	9	15	0	17	0	0	0	0	13	2	7	6
Mar/26	14	7	13	1	15	1	0	0	0	12	1	6	6
Abr/26	20	3	13	2	7	0	0	0	0	11	2	4	7
Mai/26	20	7	17	0	18	0	0	0	1	16	1	9	7
Jun/26	23	6	20	1	17	0	0	0	0	20	0	10	10
Jul/26	23	9	19	2	17	0	0	0	0	19	0	11	8
Ago/26	15	9	15	1	11	0	0	0	0	14	1	5	9
Set/26	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	224	103	182	10	151	20	4	3	1	173	9	99	75

Fonte: MAZARÉM, Joaquim da Rocha. Anuário clinico de arte obstetricia, começado no principio de setembro de 1826, e terminado no fim de agosto de 1826. Lisboa: Na Imprensa da Rua dos Fanqueiros, 1826.

J. I., uma mulher de 40 anos, natural de Vila de Palmela, primípara⁵⁶, deu à luz um menino, fora do Hospital, mas, no dia seguinte, 14 de Julho de 1826, procurou ajuda na enfermaria de Partos, por ainda lhe restarem, no útero, a placenta e outro feto. Diante de um caso tão complexo, a junta de cirurgiões, formada por Mazarém, José Cordeiro, Manoel Carlos Teixeira e José Lourenço da Luz, decidiu esperar que a natureza seguisse seu curso. O feto foi expulso naturalmente, mas a placenta, não. Foi preciso recorrer a manobras, efetuadas pelo ajudante do Banco. Ela faleceu na tarde de 18 de Julho (ibidem).

A retenção da placenta era um dos perigos do parto na Europa dos tempos modernos e, segundo relato de alguns cirurgiões franceses, este mal provocou “devastações” na corte parisiense (Ortiz, 1993). Para extrair a secundina⁵⁷, os cirurgiões recomendavam sempre uma atitude de espera, e a intervenção através das manobras manuais, em último caso.

L. M. também perdeu seu filho no parto, na madrugada de 17 de Julho de 1826. O bebê demorou a nascer e estava enlaçado no cordão umbilical. Um dia após o parto, a mulher apresentou uma dor punctória na região pubiana, em seguida ocorreu a supressão dos lóquios⁵⁸, excreção de pus e diarreia, sem que os facultativos pudessem “entrar no conhecimento do que tinha causado este transtorno”. Em 27 de Julho, diante do agravamento do estado da puérpera, reuniram-se os cirurgiões Antonio Joaquim Farto, Mazarém e José Lourenço da Luz para rever o tratamento, porém a paciente foi a óbito (Mazarém, 1826, p. 35-36).

J. C., 40 anos, terceira gravidez, foi espancada pelo marido quando estava no último mês de gravidez. Alguns dias depois de ter dado à luz um menino, caiu em completo abatimento, apresentando dores, pulso pequeno, secura da boca e supressão dos lóquios. No dia 06 de Agosto de 1826, foram convocados para conferenciar com Mazarém sobre o estado da paciente os cirurgiões José Lourenço e José Cordeiro, os quais convieram em que se acrescentasse ao tratamento a aplicação de oito sanguessugas sobre os grandes lábios, de ventosas secas sobre as mamas, e de cáusticos nas partes internas das coxas.

⁵⁶ Que dá à luz pela primeira vez.

⁵⁷ Termo utilizado pelos cirurgiões para designar a placenta.

⁵⁸ Líquido sanguíneo, serossanguinolento e, finalmente, seroso, de acordo com a data do parto e a fase do puerpério, que escorre dos órgãos genitais femininos (Chernoviz, op. cit., p. 613-614).

Ela nada aproveitou da indicação medicamentosa da junta, pois faleceu na noite do dia 08 de Agosto (ibidem).

A grávida Anna Maria, 25 anos, natural da Ilha de São Jorge, de constituição sangüínea e robusta, primípara, entrou na enfermaria Santa Bárbara no dia 18 de Setembro de 1825, já com os sinais do parto, que ocorreu às 23 horas daquele dia. Quatro dias após o nascimento da criança, Anna Maria passou a apresentar profunda dor na região hipogástrica⁵⁹, além de “pulso duro e freqüente, língua úmida, branca e conspurcada, vômitos biliosos e muita ansiedade” (Mazarém, 1826, p. 4). Diante destes sintomas, a terapêutica prescrita foi “dezoito sanguessugas sobre o hipogástrico, e a cataplasma emoliente sobre todo o baixo ventre; e internamente o cozimento de cavada com xarope de goma arábia (...), dieta de caldos de franga” (ibidem, p. 4). Na madrugada do dia 25 de Setembro, Anna Maria foi a óbito e o seu corpo foi submetido a autópsia, a fim de identificar as lesões patológicas dos órgãos internos.

A observação *post mortem* se iniciou pelo aspecto exterior do cadáver, que, no caso de Anna Maria, não apresentava alteração, com exceção do baixo ventre que estava muito elevado, conforme relatou o cirurgião. Penetrando no interior do corpo sem vida, na cavidade abdominal, onde a parturiente acusou dores, havia “um derramamento seroso com aparência de pus”; os intestinos estavam ileso; o estômago no estado natural contendo muita bÍlis verdecenta; o fÍgado com excessivo volume, sem contudo apresentar “alteração patológica no seu parênquima”; o baço apresentava indÍcios de ter sofrido inflamações e o útero possuía a extensão de quase um palmo, mas “não manifestava alteração patológica, diferente da que lhe é própria depois do parto” (Mazarém, 1826, p. 5).

M. do P., de 23 anos, natural de Rio Maior, de constituição sangüínea e robusta, casada, camponesa, estava no 5º mês de gravidez quando “meteu-se em um rio de água corrente para lavar-se” e alguns dias depois, sobreveio-lhe as febres intermitentes, “para as quais nem se adietou nem fez uso de algum remédÍo”, e “comia indistintamente as frutas que se lhe apresentavam, não dispensando mesmo as verdes”. Dito de outra forma, esta mulher ignorou a

⁵⁹ Região inferior do abdômen (Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

doença até que o quadro se agravasse e ela procurasse o hospital em 04 de Dezembro de 1825.

O ato de comer frutas verdes era indicativo de grave carência alimentar, e interpretada, pela medicina de então, como uma das causas da febre intermitente, ao lado da falta de medicamento e do vinho quinado usado na terapêutica; da vivência alternada do calor, do frio e da umidade; das perturbações mentais resultantes de calamidades, que iam das guerras à fome, ou de esforços físicos prolongados (Crespo, 1990). O verão proporcionava que as águas estagnadas, sob a influência do calor, se transformassem em fontes de miasmas. E os trabalhadores do campo, principalmente os da plantação de arroz, estavam sujeitos às febres intermitentes.

A camponesa M. do P., ao chegar ao hospital, apresentava rosto descorado e edemaciado, edema leucoflegmático nas extremidades abdominais, prostração das forças, língua úmida e embranquecida, pulso pequeno e concentrado. Neste mesmo dia, deu à luz uma menina morta. A terapêutica prescrita foi pílula de goma amoníaco com ipecacuanha e ópio, cozimento de polígola⁶⁰ adoçado com xarope de capilaria⁶¹, dieta de galinha e chocolate líquido, cozimento de quássia⁶² com éter sulfúrico alcoolizado, fricções com tintura de cantáridas⁶³ e de caústicos rubefacientes⁶⁴. Sete dias após o internamento, M. do P. foi a óbito.

A autópsia se concentrou na cavidade torácica-abdominal; uma vez que as funções intelectuais não demonstraram alterações, o cérebro não foi examinado.

Na cavidade torácica se notou no pulmão um ligeiro rubor; porém todos os mais órgãos nela contidos se apresentaram no estado são.

⁶⁰ Penso se tratar da *Polygala amara*, originária da Europa, cuja raiz era empregada como tônico. Possuía cheiro aromático e sabor acre e amargo. Havia também a *Polygala senega*, originária da América setentrional, empregada nas hidropisias, reumatismo e bronquites (Chernoviz, op. cit., p. 738).

⁶¹ Bebida em forma de infusão, feita com plantas chamadas avencas, fetos ou samambaias que habitavam o Brasil e Portugal. Usava-se contra a tosse (Chernoviz, op. cit., p. 269-270).

⁶² Árvore que habitava a Jamaica, a Guiana e o Brasil, nas províncias da Bahia e do Pará. Os ramos e a raiz eram macerados em água fria ou em vinho e aplicados como remédio tônico (Chernoviz, op. cit., p. 795).

⁶³ Insetos de cor verde e de cheiro penetrante, existentes na Espanha, Itália e Brasil. Eram reduzidos a pó e utilizados na preparação de vesicantes para paralisia da bexiga. Algumas pessoas a usavam como afrodisíaco (Chernoviz, op. cit., p. 474).

⁶⁴ Medicamento para produzir rubefação, ou seja, provocar a vermelhidão da pele.

Na cavidade abdominal notou-se uma maior concentração de substância serosa, com ligeira aparência purulenta, não manifestando, todas as mais vísceras cobertas pelo peritônio, lesão aparente. A mucosa gastro-intestinal estava no estado fisiológico, encontrando muitos vermes lombricais no interior do estômago, duodeno, e intestino delgado. O útero mostrava o estado próprio *post partum*. O parênquima dos ovários apresentava um aspecto mucoso tenaz, com aparência de um degenerativo purulento (Mazarém, 1826, p. 11-12).

A reforma do Hospital São José em meados do século XIX expressou a “medicalização” deste nosocômio. É incontestável que os médicos e os cirurgiões foram agentes ativos neste processo de transformação. Mas não devemos esquecer que tal esforço dos facultativos frutificou na medida que o Estado liberal se firmou em Portugal e as conturbações sociais e políticas amainaram. Conforme o Estado assumiu algumas funções assistenciais, até então deixadas por conta da Igreja, de particulares e das irmandades, foi possível que o nosocômio concentrasse seu foco de atenção no doente e na doença, principalmente em um século marcado por epidemias e pelo fortalecimento da noção de higiene pública.

Outro aspecto a salientar é a associação do hospital com o ensino. As reformas sucessivas nos cursos de formação de médicos e cirurgiões operaram mudanças na epistemologia do saber médico, e o hospital foi a instituição onde estas teorias se desdobravam e eram validados ou não seus postulados. Além do que, o espaço hospitalar foi pedagógico por excelência, uma vez que põe face a face médicos, doentes e doenças.

3 A OBSTETRÍCIA E SEU AFASTAMENTO DA “ARTE DE PARTEJAR”: O SIGNIFICADO DOS MANUAIS PORTUGUESES DE OBSTETRÍCIA

Neste capítulo trabalharemos no limite entre a “arte de partejar” e a “ciência do parto”, ou, dizendo de outra forma, com a *história do partejamento* e *história da obstetrícia*, respectivamente. O partejamento compreende os serviços prestados pelas parteiras as outras mulheres em trabalho de parto, cujo saber estava pautado na tradição e na experiência, não obstante o fato de algumas praticantes da arte serem letradas e autoras de manuais de instrução para parteiras. Aqui o parto foi compreendido enquanto evento social, onde, dificilmente, conseguiremos estabelecer marcos iniciais.

Já a história da obstetrícia se separa da “arte de partejar” quando, por volta de 1750, o parto começou a se converter em uma categoria da cirurgia que deveria ser praticada por cirurgiões-parteiros, treinados em obstetrícia. Daí por diante, o parto passou a ser um evento controlado pelos homens da ciência, até a conversão da obstetrícia em uma especialidade médica, em fins do século XIX. A sedimentação e legitimidade da obstetrícia percorreram uma trajetória lenta e apoiou-se na troca de atitudes para com certos tipos de cognição, operando transformações na compreensão e avaliação do conhecimento e no sujeito que acompanhava o parto.

Para apreender a gênese deste movimento que vai da “arte de partejar” a “ciência dos partos”, como disse Velpeau (1835), vamos explorar os manuais de obstetrícia¹, escritos por cirurgiões e médicos portugueses, na primeira metade do século XIX.

Consideramos importante estudar os manuais de obstetrícia portugueses que circularam nos séculos XVIII e XIX, os quais certamente tiveram repercussão no Brasil, enquanto disseminadores de valores científicos e morais acerca do corpo da mulher e suas especificidades biológicas. A originalidade deste estudo reside em apresentar as ferramentas intelectuais construídas pela medicina acadêmica portuguesa para tratar os males do corpo feminino. A versão corrente na historiografia é de que a medicina lusitana (e, por extensão, aquela que se desenvolveu no Brasil) esteve marcada pelo obscurantismo em relação às demais nações européias.

3.1 O CIRURGIÃO NA CENA DO PARTO

Desde tempos imemoriáveis as mulheres grávidas recorrem à ajuda de terceiros para auxiliá-las no trabalho de parto e nos cuidados com o recém-nascido. Até o século XVIII, este era um papel desempenhado hegemonicamente por mulheres habilitadas na “arte de partejar”. Daí por diante, os homens passaram a reivindicar um lugar ao “pé do leito” da parturiente e a caldear, com o molde da ciência, a história da obstetrícia.

¹ Etimologicamente a palavra obstetrícia, utilizada a partir de 1819, derivou o latim *obstetricus* cuja significação está associada à parteira. (Disponível em: <<http://www.etymonline.com/index.php?l=o&p=1>>. Acesso em: 7 set. 2005). Na Inglaterra, a palavra parteira – *midwife* – e sua semântica provocaram polêmica entre as comadres do parto e os cirurgiões. Elas argumentavam que, por definição, apenas mulheres poderiam ser parteiras. Eles não aceitavam esta variável e Edmund Chapman, em 1737, afirmou que o termo *midwifery* (parturição) se aplicava à prática daquela arte e não ao gênero de quem a exercia (Dahl, 2001). Na Espanha, o termo parteiro se tornou comum nas primeiras décadas do século XVIII e significava, segundo *El Diccionario de Autoridades da Academia Espanhola*, “cirurgião que assiste os partos”, enquanto que “ajudar a parir” cabia as parteiras (Vidal e Tomás, 2001).

A inserção dos cirurgiões² na cena do parto, lugar até então, hegemonicamente ocupado por parteiras, também chamadas de aparadeiras, comadres e matronas³, não pode ser reduzido a uma história do homem contra a mulher, como bem lembrou Candice Dahl (2001); nem interpretado, tão somente, como a vitória do saber contra a ignorância.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a história das mulheres, especialmente as análises feministas, ao tratar da assistência ao parto⁴, desconstruiu a imagem das parteiras enquanto mulheres sujas, supersticiosas e de pouco ou nenhum saber. Este discurso foi elaborado pelos médicos e cirurgiões no processo de afirmação da obstetrícia, respaldando-se nos conhecimentos da anatomia e da fisiologia.

A eloquência dos médicos na desqualificação das parteiras, caracterizando-as como mulheres de pouco saber e cheias de credices que punham em risco a vida da mulher e do bebê, ajudou os cirurgiões-parteiros na sedimentação e legitimidade da própria profissão, rompendo assim a autoridade das comadres, há muito existente sobre o ato do nascimento. Para um homem se tornar um parteiro, ele deveria ser qualificado em cirurgia. Por volta de 1750, a “arte de partejar” foi oficialmente convertida em categoria da cirurgia. Assim, o cirurgião era também treinado em obstetrícia.

Bridgette Sheridan (2001) considera que os cirurgiões, excluídos em grande medida da profissão médica até o século XVII, precisaram de um mercado para competir com os doutores e, assim, optaram pela parturição como alternativa

² Cirurgiões e médicos eram categorias distintas até o século XIX: aos médicos, cabia prescrever o medicamento para as doenças internas; e aos cirurgiões, curar feridas, deslocções, abrir e cortar membros do corpo humano. Nos estatutos franceses, o ofício da cirurgia era classificado no mesmo patamar que o do barbeiro. No século XVIII, os cirurgiões conseguiram se desvincular dos barbeiros, mas tal fato não agradou aos médicos que se sentiram ameaçados com a ascensão de um profissional das artes mecânicas, para as artes liberais (Figueiredo, 1999).

³ No século XVIII, o termo “matrona” começou a ser utilizado na Espanha, para denominar as mulheres instruídas e/ou legalmente reconhecidas para fazer partos, com o objetivo de distingui-las das demais que, sem qualificação ou sem nome, desempenhavam a mesma atividade cf. Cabré e Gómez (2001).

⁴ São muitos os trabalhos focados na história da obstetrícia que vieram a lume nas duas últimas décadas. Eles estão majoritariamente escritos em inglês, seguidos de espanhol, francês, italiano, alemão e russo. Sobre a assistência ao parto na América ver Borst (1999), Kobrin (1966), Starr (1982), Leavitt (1986), McGregor (1998), Wertz (1989) e Litoff (1978). Para o Brasil Maria Lúcia Mott (2002) que faz um retrospecto dos principais modelos de atendimento ao parto no País, destacando os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. A autora também organizou uma bibliografia comentada sobre este tema, contendo 76 trabalhos, dentre os quais encontram-se artigos, dissertações, teses, relatórios e cartilhas, produzidos por pesquisadores da história, antropologia, enfermagem, medicina, assistência social psicologia e sociologia. comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002).

para melhoria do status profissional e recrutamento de clientes. Contudo, não podemos deixar de evidenciar que o conhecimento anátomo-fisiológico, o uso de técnicas e de tecnologias alheios ao universo das parteiras, se constituíram no diferencial dos cirurgiões e médicos.

As esferas do poder político, intelectual e religioso, influenciadas pelo Iluminismo, acreditavam que o progresso técnico, econômico e científico dos povos seriam obtidos a partir da educação. Dentre os desafios dos Estados Iluministas, estava a diminuição da taxa de mortalidade, considerada alta, principalmente a infantil, atribuída em grande parte à ignorância das parteiras, e o combate às doenças, especificamente as epidemias.

No que diz respeito ao parto, as mudanças se tornaram mais densas e a tradicional hegemonia das comadres, como responsáveis pelo partejo e cuidados com a mulher e seu bebê, começou a ser questionada pelos homens do saber científico. Diante desta conjuntura, o Estado sentiu necessidade de regular as profissões ligadas às artes de curar e exigir uma certa qualificação para o exercício destes ofícios.

Após a regulamentação das profissões ligadas à saúde, localizada a partir do século XVI, apenas as parteiras com licença⁵ puderam exercer o seu ofício (Cabré e Gómez, 2001). No início da Era Moderna, o Estado regulamentou, em detalhes, todas as tarefas terapêuticas relacionadas à arte obstetrícia, atribuindo algumas ao cirurgião-parteiro, outras ao clínico, e outras à parteira. Ela não poderia administrar medicamentos, aplicar sanguessugas, nem usar qualquer instrumento para auxiliar o parto. A parteira ficou limitada legalmente a realizar apenas os partos normais, não mais que isso. Elas seriam fiscalizadas e, caso se desviassem das normas estabelecidas, seriam punidas.

As cidades do sul da Alemanha – Nuremberg, Frankfurt, Stuttgart, Memmingen, Augsburg, Munique e Strasbourg – estudadas por Merry E. Wiesner (1993) promulgaram leis relativas as parteiras a partir de meados do século XV. A primeira, datada de 1452, em Regensburg. A partir do século XVII, as leis das

⁵ No sul da Europa foi criado o Protomedicato, uma instituição controlada por médicos que possuía a prerrogativa da organização legal do sistema sanitário e de fornecer cartas às parteiras (Cabré e Gómez, 2001). Vale ressaltar que as restrições também foram impostas aos homens que desempenhavam as funções de cirurgião, barbeiro, sangrador, algebrista e curandeiro. Ainda sobre o papel do Protomedicato na Espanha ver Teresa Ortiz Gómez em *Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía* (1996).

idades alemãs determinaram que as parteiras deveriam procurar um médico ou outro praticante masculino, no caso o cirurgião, para aconselhamento ou assistência em partos laboriosos ou difíceis⁶. Ao longo da Era Moderna, a legislação foi alterada e dilatada, revelando a preocupação das autoridades municipais em relação aos profissionais de saúde, especialmente aos da parturição. A presença do cirurgião auxiliando o nascimento só se registrou em meados do século XVIII, quando eles começaram a partejar nas cidades do sul da Alemanha, o que levou as autoridades a regulamentar, mais detalhadamente, os procedimentos obstétricos para os praticantes da arte de partejar, de ambos os sexos, conforme discutimos anteriormente (Wiesner, op. cit.).

Em fins do século XVII, o sistema médico alemão passou a restringir o acesso daqueles que não possuíam requisitos educativos para o exercício legal da medicina: os médicos deveriam apresentar um título universitário e os demais deveriam prestar exames para obter uma licença. Era grande o cuidado da municipalidade com o licenciamento, regulamentação e supervisão das parteiras, freqüentemente decretando e modificando leis a respeito do papel profissional, religioso, social e moral destas mulheres. Mas, as leis emanadas da municipalidade alemã, segundo Wiesner (op.cit.) eram seguidas mais na brecha do que na observância.

Na Itália, os governos iluministas intervieram diretamente no treinamento das parteiras, na criação de regras e na divisão do trabalho, abrindo brechas para um posterior estabelecimento dos cirurgiões e dos obstetras (Filippini, 1993). As autoridades italianas regulamentaram, em detalhes, a divisão das tarefas entre cirurgiões e parteiras. As parteiras estavam autorizadas, somente, a realizar partos normais. Elas não poderiam administrar medicamentos orais, aplicar sanguessugas, usar qualquer tipo de instrumento obstétrico, nem testemunhar em questões relacionadas ao defloramento de mulheres virgens, sem recorrer a opinião de um médico licenciado (Pomata, 2001).

Na Espanha, a lei sancionada em 21 de agosto de 1750, instituiu um exame obrigatório para as parteiras, o qual deveria ser prestado,

⁶ Definidos como aqueles em que a criança, “ainda que se apresente na ordem natural, acha embaraços, que se opõem ao seu nascimento, que o retardam, ou o fazem dificultoso” (Raulin, 1818, p. 5).

necessariamente, diante de um cirurgião. Além de provar que possuía conhecimento da sua arte, as comadres deveriam apresentar certificado de limpeza de sangue, fé de batismo e declaração do pároco sobre sua vida e costumes. A novidade da legislação espanhola consistiu no reconhecimento de um competidor masculino – o cirurgião, e colocou a arte de partejar no território do saber e da prática cirúrgicos. Esta mudança de paradigma tem um cunho inegavelmente iluminista e o parto, antes uma “arte menor”, onde se trabalhava com as mãos, tornou-se território do cirurgião, destro nos conhecimentos anatômicos e no manejo dos aparelhos auxiliares dos partos difíceis.

Vidal e Tomás (2001), ao investigarem as tensões em torno da assistência ao parto na Espanha Setecentista, reveladas no discurso dos médicos, clérigos e legisladores, demonstraram que houve uma aliança entre estes segmentos sociais ilustrados, que acabou por subordinar a parteira, à autoridade do cirurgião; o que representou um golpe letal na hegemonia que as matronas gozaram até aquele período.

O beneditino Benito Jerónimo Feijoo, moralista católico de grande prestígio na sociedade espanhola daquele período, admitiu publicamente que as mulheres de seu tempo eram, de modo geral, ignorantes na arte de partejar. Para o clero espanhol⁷, esse ministério não deveria se restringir apenas às mulheres, e foi menos grave admitir a presença do cirurgião-parteiro na cena da nascimento do que permanecer ignorando “o número de mulheres espanholas que morriam nas mãos pouco qualificadas das comadres” (Feijoo, 1773, p. 236).

Feijoo criticou com veemência as mulheres que rejeitavam “as mãos de um varão em qualquer parte do seu corpo”, acusando-as de agir de modo improcedente e irresponsável, a ponto de provocar, muitas vezes, a própria morte e a do bebê (ibidem, p. 236-237). Na Espanha, os cirurgiões ultrapassaram as fronteiras da elucubração iluminista em torno do parto e se posicionaram na cabeceira do leito da parturiente desde o início do século XVIII. Este hábito, introduzido pela Família Real, acabou por impor-se na elite espanhola (Usandizaga, 1994).

⁷ O clero italiano, principalmente nos escalões inferiores, sustentou uma posição diametralmente oposta ao do clero espanhol e defendeu a hegemonia feminina na assistência ao parto (Filippini, 1993).

Segundo as autoridades legisladoras espanholas, uma medida para sanar “as tragédias” produzidas pela “imperícia das parteiras” era proporcionar cursos de formação para estas mulheres que desejassem aprender a arte de partejar. No século XVII, na província de Zaragoza, a Faculdade de Medicina foi a responsável pelo treinamento e exame das parteiras (Ortiz, 1993). O Real Colégio de Cirurgia de Madri implantou o seu primeiro curso em 1790 (Vidal e Tomás, op. cit, p. 16). Em 1795, as ordenanças da Universidade de Cirurgia de Barcelona também instituíram aulas para parteiras – uma hora e meia por dia, durante dois meses, além do treinamento prático em enfermaria. A partir daí, nenhuma comadre residente em Madri poderia ganhar a aprovação do Protomedicato sem ter recebido instrução de um professor de partos (Ortiz, 1993).

Na Itália, as escolas de parteiras fundadas em meados do século XVIII eram administradas por cirurgiões, que ensinavam usando vários *suppletix obstétrica*, como desenhos e modelos do corpo confeccionados em vidro, madeira ou cera. Alguns italianos, como os irmãos Manzolini, em Bolonha, tornaram-se especialistas em manufaturar tais ferramentas educativas (Filippini, 1993).

As italianas que quisessem ser parteiras tinham que mostrar que podiam ler e escrever, memorizar a teoria, comprovar a presença em aulas de anatomia e, acima de tudo, demonstrar que eram capazes de compreender o que estavam aprendendo. O exame era um verdadeiro teste sobre o que as alunas aprenderam no curso; elas seriam as “novas” ou “modernas” parteiras, muito aclamadas em uma época em que modernidade significou ciência. Esta regulamentação provocou uma ruptura profunda na tradição da arte de partejar. Nenhuma mulher idosa ou analfabeta se tornava parteira. Estava excluída a maioria das mulheres da classe operária, ou da zona rural da Itália, que não poderia deixar temporariamente a família para beber do saber na fonte da ciência. Mas, a despeito da regulamentação emanada dos governos ilustrados, as parteiras, dentro ou fora da legalidade, continuaram a trazer crianças ao mundo até as primeiras décadas do século XX.

Em França, as parteiras alfabetizadas puderam ler as obras sobre obstetrícia publicadas em língua vernácula que começaram a aparecer a partir do segundo quartel do século XVI. Entre 1536 e 1632 foram publicados, em francês, oito traduções e quatorze textos originais sobre parto, fertilidade, cuidado com as crianças e problemas de esterilidade (Klaimont-Lingo, 2001). Estava inaugurada uma nova era, segundo Gélis (1978), onde os novos saberes das parteiras francesas urbanas começavam a se basear em estudos anatômico-cirúrgicos, dissociados do empirismo sensorial. Esta tendência foi difundida no interior da França por Mme Du Coudray (1723-1792), mas as “novas” parteiras restringiam a sua ação nos limites do parto natural, devendo chamar o cirurgião quando a situação se complicasse⁸.

Incontestavelmente, havia diferenças na origem do saber entre parteiras e parteiros. O treinamento deste estava baseado no conhecimento médico-científico, enquanto que as parteiras aprendiam através da experiência de outras parteiras e com o seu próprio parto. As mulheres geralmente não tinham acesso às exposições anatômicas e a presença delas nas universidades era incomum, até o terceiro quartel do século XIX. As publicações sobre a arte obstétrica, a partir do século XVIII, acrescentaram um outro aspecto, além da experiência – o conhecimento científico.

Interpretações variadas da natureza de homens e mulheres, no sentido das capacidades fundamentais de aprendizado, colocavam-nas numa posição de inferioridade em relação a eles. Calcando-se nestes argumentos, os parteiros passaram a defender que a “natureza” dos homens lhes permitia adquirir aprendizados obstétricos, incompatíveis com a “natureza” das mulheres. Em lugar de defender o aumento de treinamento para as parteiras, muitos cirurgiões preferiam ser chamados quando um parto apresentasse sinais de complicação (Dahl, 2001), pois alegavam estar mais preparados para a aplicação do fórceps e de outros instrumentos e técnicas cirúrgicas. Esta divisão de trabalho foi de tal forma absorvida que a encontramos reproduzidas nas leis que passaram a regulamentar a assistência ao parto na Europa e na América (Filippini, 1993; Wiesner, 1993; Ortiz, 1993; Vidal e Tomás, 1998; Pomata, 2001; Sheridan, 2001).

⁸ Esta questão é discutida por Brenes (1996).

Mas, a trajetória dos parteiros e médicos na busca de um lugar aos pés do leito da mulher em trabalho de parto não se processou sem resistências. Para a mentalidade da época, ele era um homem diferente dos da família, com atribuições de tocar o corpo das mulheres, especialmente as partes consideradas pudendas. Já em 1707, podemos encontrar *De l' indécence aux hommes d'accoucher les femmes* (Philippe Hecquet, 1881), um manifesto contrário à presença dos homens, no atendimento às mulheres.

3.2 A OBSTETRÍCIA EM PORTUGAL

Até o século XVIII a obstetrícia em Portugal era uma atividade de práticos, reservada as parteiras⁹, quase sempre, e aos cirurgiões, esporadicamente. No início do século XIX, em Lisboa, as parteiras começaram a ser substituídas pelos cirurgiões que tinham ido habilitar-se na Inglaterra e na Dinamarca (Carvalho, 1929).

A inserção do Estado português na regulamentação das atividades sanitárias data de 1521 quando, no governo de D. Manoel I, foi lançado o *Regimento do Físico-Mor*¹⁰. Este documento promoveu a organicidade das atividades relacionadas às artes de curar, exercidas por físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários, sangradores, e também parteiras e curandeiras, embora a alusão a estes dois segmentos tenha sido indireta.

Havemos por bem, que se no Lugar, ou Lugares, onde não houver Físico examinado, houver alguns homens, ou mulheres, que por ventura curem algumas enfermidades por experiência, ou regimentos alguns que tenham, que os tais se venham examinar ao dito Físico Mor daquilo, que sabem, trazendo certidões, ou cartas dos Conselhos, assinadas pelos Oficiais deles, e seladas com o selo dos ditos Conselhos, do proveito, que fazem com suas curas (...) (AN-RJ, *Regimento do Físico-Mor*, Lisboa, 25 de fevereiro de 1521).

⁹ O médico português Domingos de Lima Mello afirmou em 1725 que “todas as mulheres de parto se valem delas [as parteiras] e, só delas se fiam em caso de tanto perigo, e aperto” (Mello, 1826, p. III).

¹⁰ Sobre a legislação referente ao ensino e exercício da obstetrícia no Brasil ver Dilce Rizzo Jorge (1976).

A parteira ocupava a hierarquia mais baixa na escala dos praticantes das artes de curar. Para a medicina europeia Iluminista o médico tratava do corpo utilizando o intelecto e os boticários e cirurgiões utilizando as mãos (Marland, 1993). Assim, na compreensão da *intelligentsia* deste período, sangradores, boticários, drogueiros, cristaleiras e por extensão parteiras, por prescindirem de elaborações mentais em seu ofício, estavam classificados nos estratos mais baixos das atividades sanativas.

Ainda no século XVI, foi publicado o *Livro dos Regimentos dos Oficiais Mecânicos de mui nobre e sempre leal cidade de Lisboa* (1572), corrigindo no capítulo LXXI¹¹, a omissão do Regimento do Físico-Mor, no quesito regulamentação do ofício das parteiras. De acordo com a legislação, nenhuma parteira poderia exercer seu ofício sem ter sido examinada pelo físico da cidade de Lisboa, sob pena de ser multada em mil réis. Vale a pena ressaltar que o Estado incitava a população a denunciar a infratora, destinando parte do valor arrecadado com a multa, para o delator (*Do Regimento das Parteiras*, p. 248).

Esta legislação determinava que a parteira deveria se limitar a acompanhar a gravidez, atenta ao tempo da gestação, sem, contudo, fazer uso de qualquer artifício que pudesse antecipar o trabalho de parto, sob pena de ser multada em dois mil réis. Em caso de complicação do parto natural, a parteira deveria dizer ao dono da casa que mandasse chamar um médico ou cirurgião.

Sabemos que apenas o marco legal não é suficiente para alterar uma realidade, mas ele é um indicador de que uma situação estabelecida e aceita, até aquele momento, entrava em processo de desequilíbrio, acarretando assim, necessidade de outras reacomodações sociais que trazem implicações nos costumes e na mentalidade de um grupo social. Daí, a necessidade de examinar as transformações operadas na legislação que regulamentou as profissões sanitárias para melhor compreender as disputas profissionais no âmbito da obstetrícia. Muitos outros desdobramentos podem advir a partir do exame da

¹¹ RGPL, *Cap LXXI* – Do Regimento das Parteiras (FI 248). Este documento traz ainda os Regimentos dos Boticários, dos Drogueiros, dos Sangradores e das Cristaleiras.

legislação, por exemplo, a resistência das parteiras e da sociedade, mas este recorte extrapola os limites deste trabalho¹².

Em Portugal, não sabemos ao certo que perguntas eram feitas por aqueles que emitiam as cartas de examinação¹³, mas, creio que eram questões muito próximas as que Merry Wiesner (1993) levantou para as parteiras do sul da Alemanha na Era Moderna. Começavam com questões sobre o treinamento da parteira e sua experiência: Com quem ela estudou e por quanto tempo? Tinha filhos? Quantos partos ela viu ou participou? Em seguida, vinham questões de fundo teórico: quanta comida, bebida e banhos ajudariam a mulher a ter um parto mais fácil? Como ela saberia se uma mulher estava grávida e não era simplesmente outro tipo de inchaço? Como ela saberia se o feto seria saudável ou doente, vivo ou morto? Qual era a posição normal do nascimento, e como agir no caso de uma posição anormal? O que deveria ser feito com o cordão umbilical e a placenta, e como especialmente ter certeza de que a mesma foi expelida? Ainda era questionado como a primípara e a criança podiam ser melhor cuidadas e que conselhos a parteira deveria dar à mãe.

Na Biblioteca Nacional de Portugal encontramos o livro do cirurgião Pedro Paulo de Miranda - *Recopilado exame de sangradores (1745)* que tinha por objetivo fornecer subsídios de aprendizagem aos candidatos a exame de sangrador. Organizado na forma de catecismo, com perguntas e respostas, a obra trata da aplicação de sangria, ventosas secas e sarrafaçadas [escarificadas] e aplicação de sanguessuga. Apresenta perguntas que possivelmente tinham semelhanças com aquelas feitas pelos examinadores, e não esqueçamos que Miranda era um deles. As questões eram: Que condições devem ter o sangrador para ser perfeito? Que coisa é a arte de sangrar? Que coisa é sangria? Quantas são as partes, e veias, que se sangram no corpo humano? Quais são as partes, e veias, que se sangram na cabeça? Quais são as partes, e veias que se sangram no braço? Quais são as partes, e veias que se sangram na mão? Que humores se evacuam pela sangria? Que coisa é artéria e como se conhece? Que coisa é

¹² Doreen Evenden (1993) demonstrou a organização da sociedade feminina londrina do século XVII, incluindo parteiras e parturientes que se opuseram às novas regras das autoridades sanitárias e defenderam o sistema tradicional no qual as parteiras trabalhavam.

¹³ Maximiano Lemos (1991, p. 112) afirma que até o século XVIII não se tem notícia do tipo de instrução que recebiam as parteiras portuguesas. Lemos, como médico que viveu em fins do século XIX e início do XX enfatizou a "ignorância" das comadres.

nervo e como se conhece? Que coisa é veia? De quantas túnicas se compõem as veias? Em que se diferencia a artéria da veia? Como se há de procurar a veia para sangrar? Se a veia que o médico manda sangrar não se pode achar, ou não se pode picar por estar junta a artéria, nervo etc., o que se fará? Em que casos poderá o sangrador sangrar sem ordem do médico? Como se sangram as veias dos pés? Que coisa é ventosa? Quais são as partes mais comuns onde se usam as ventosas secas? Em quanto tempo estarão pegadas as ventosas? Como se fazem as sarjas com ventosas? Que coisas são sanguessugas? Em que parte se aplicam as sanguessugas? Quantas sanguessugas se aplicam?

A legislação referente à regulamentação e fiscalização dos profissionais de saúde, em Portugal, percorreu a seguinte trajetória: entre 1521-1631 a autoridade máxima para os assuntos relacionados à fiscalização e regulamentação no campo da saúde ficavam a cargo do Físico-Mor do Reino; para os idos de 1631-1740 a função acima citada passa para a alçada do Cirurgião-Mor; entre 1742-1782 os exames que autorizavam os praticantes das artes de curar eram realizados perante uma equipe de médicos formados pela Universidade de Coimbra nas funções de delegado e comissionários do Cirurgião-Mor; de 1782 a 1808 a função de examinar e fiscalizar passou para a Junta do Protomedicato¹⁴; entre 1808 - 1836 os negócios de saúde pública voltam para a alçada do Cirurgião-Mor, resgatando a lei de 1631; a partir de 1836 a formação profissional das parteiras se daria na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto (Jorge, 1976).

A criação dos cursos de Arte Obstetrícia, em 1836 (RGPL, Lei de 29/12/1836, artigos 85º e 112º), não extinguiu a examinação das parteiras e as cartas de autorização continuaram a serem expedidas. A parteira “curiosa” que exercesse sua atividade sem preparação acadêmica, deveria fazer um requerimento dirigido ao Conselho de Saúde Pública do Reino solicitando a regularização da sua situação profissional. No processo deveria constar também um atestado de competência profissional e moral, emitido pelo médico cirurgião do Conselho onde residia a requerente (Costa, 2001).

¹⁴ Para Maximiano Lemos (1991, vol 2) a criação do Protomedicato representou uma involução para a ciência médica, uma vez que autorizava a prática da cirurgia e da medicina a pessoas que não tinham adquirido nenhum tipo de formação acadêmica.

TABELA 12 – Leis referentes à saúde em Portugal (1521 a 1810)

LEI	FINALIDADE
Regimento do Físico-Mor de 1521	Criava o cargo de Físico-Mor e lhe atribuía autoridade para conceder cartas a homens e mulheres que se dedicassem à arte de curar. Não menciona as parteiras.
Alvará de 12 de Dezembro de 1631	Estabelece o Regimento do Cirurgião-Mor do Reino, modificando as atribuições do Físico-Mor, transferindo para aquele o exame dos cirurgiões, sangradores, barbeiros, algebristas, tiradores dentes e parteiras.
Provisão de 20 de Agosto de 1740	Autoriza o Cirurgião-Mor a comissionar médicos para fiscalizar pessoas que praticavam a arte de curar sem terem sido examinadas e a nomear, nas terras do Reino, cirurgiões aprovados, os quais, com outros cirurgiões ou sangradores locais examinariam as pessoas que quisessem exercer a arte de curar.
Resolução de 27 de Maio de 1742	O Conselho Ultramarino determinou que, para o Brasil, as funções de delegados e comissionários do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor fossem exercidas por médicos formados na Universidade de Coimbra.
Lei de 17 de Junho de 1782	Modifica o sistema de exames. Cria a Junta do Protomedicato com sede em Lisboa, retirando assim, a jurisdição do Cirurgião-Mor e do Físico-Mor, atribuindo a função de examinação a uma Junta de sete Deputados, com mandato de três anos.
Alvará de 07 de Janeiro de 1808	Extinção da Junta do Protomedicato.
Alvará de 23 de Novembro de 1808	Retoma os Regimentos de 1521 e 1631, voltando a fiscalização e autorização dos profissionais de saúde para a alçada do Cirurgião-Mor e do Físico-Mor.
Alvará de 22 de Janeiro de 1810	Estabelece providências sobre saúde pública, atualiza as disposições legais anteriores, amplia as exigências sobre a fiscalização das boticas e o exercício ilegal da medicina, determina devassas anuais.

Fonte: Dilce Rizzo Jorge (1976).

Com a extinção do Conselho de Saúde Pública, o Ministro dos Negócios do Reino transferiu a função de examinação dos “oficiais menores de saúde”¹⁵ para as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, em consonância com o Artigo 53º, do Decreto de 03 de dezembro de 1868 (ANTT, Ministério do Reino, maço 3655).

A legislação não foi bem aceita pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, que em abril de 1869 enviou ao Ministério dos Negócios do Reino um pedido de revogação do referido artigo, argumentando que os sangradores faziam parte de uma numerosa classe de empíricos e charlatões que deveriam ser banidos de todos os códigos de polícia médica e sanitária. Acrescentam ainda que a sangria deixara de ser a pedra angular da terapêutica médica¹⁶, portanto, tornava-se “retrógrado, desnecessário e até errôneo habilitar sangradores; convém pelo contrário exterminar tão nociva seita social” (ANTT, Ministério do Reino, maço 3655)¹⁷.

Quanto às parteiras, os professores de Lisboa consideravam que Portugal era uma nação relativamente pequena e possuía três escolas de formação de parteiras inteiramente gratuitas. Portanto, eles consideravam “repugnante conferir um título ou uma carta às que a reclamam sem ensino prévio, e aduzindo apenas como habilitação o exercício particular” (ibidem).

Apesar do protesto, as Escolas Médico-Cirúrgicas tiveram que enviar o programa para o exame de parteira, o que nos permite concluir que a medicina oficial portuguesa no século XIX, principalmente no que concerne à obstetrícia, havia deixado para trás os conhecimentos pautados na astronomia, nas fórmulas mágicas e na cultura popular.

A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa elaborou um programa que exigia conhecimento das noções da anatomia da bacia e dos órgãos da geração; apresentação e posições do parto natural; discernimento sobre a dequitação, ou seja, expulsão da placenta e dos obstáculos que poderiam se opor ao parto natural. Para requerer a examinação, a candidata deveria possuir no mínimo 25

¹⁵ Dentistas, sangradores e parteiras sem formação acadêmica.

¹⁶ Ver no capítulo II a diminuição do número de sanguessugas usadas nas enfermarias do Hospital São José.

¹⁷ Segundo Luís de Pina (1943), a profissão de sangrador foi extinta em Portugal em 1870, mas tal afirmativa suscita dúvidas diante do Decreto de 03 de dezembro de 1868. Tal assunto carece de maiores investigações que não realizamos pelo limite temporal e temático da nossa pesquisa.

anos de idade, apresentar atestados de bom comportamento passado pelo pároco da freguesia em que residia e pelo administrador do bairro ou conselho. Além disso, deveria ter sido vacinada contra bexigas e apresentar o exame de instrução primária (ANTT, Ministério do Reino, Maço 3655). Este último filtro revela uma estratégia dos facultativos no sentido de impedir que as parteiras iletradas tivessem acesso à legalização da sua prática profissional. Na concepção dos médicos ilustrados, a alfabetização poderia permitir que as candidatas recorressem aos livros de anatomia e obstetrícia que circulavam nas escolas médicas portuguesas, minimizando assim a “ignorância” destas comadres.

A Escola de Cirurgia do Porto foi mais seletiva do que a de Lisboa, demarcando que os exames seriam em dois dias distintos: um teórico, sobre conhecimentos gerais de anatomia, fisiologia, higiene e patologia obstétrica, segundo o compêndio adotado nas Escolas para o Curso de Parteiras; o outro seria o exame prático, com exercícios manuais sobre o modo de examinar, conhecer e aplicar os procedimentos obstétricos (ANTT, Ministério do Reino, maço 3655).

Assim, o processo de inserção do Estado na regulamentação das atividades sanitivas se fez desde o início dos tempos modernos, e as “artes menores” estiveram subordinadas à autoridade dos físicos, diplomados pelas universidades. No raiar do século XIX a obstetrícia, em Portugal, já havia se separado da arte de partejar, e o parto era considerada um evento fisiopatológico, subordinado à autoridade e saber dos cirurgiões-parteiros e dos médicos. Esta trajetória pode ser também observada na produção dos manuais de obstetrícia, escritos e traduzidos em língua portuguesa.

3.3 OS MANUAIS PORTUGUESES DE OBSTETRÍCIA NOS SÉCULOS XVIII E XIX

Desde o início do século XVIII já era possível localizar, em Portugal, uma literatura que tratava da anatomia feminina, partos, e doenças de mulheres, escrita em língua vernácula. Algumas destas obras eram de caráter abrangente,

mas dedicavam capítulos às temáticas citadas, conforme nos informa Maximiano Lemos (1991, vol 2). Outras tantas tratavam especificamente da arte de partejar¹⁸.

Das obras específicas de obstetrícia para o século XVIII, localizamos três títulos na Biblioteca Nacional de Portugal. Esta literatura Setecentista inscreve-se em um período da medicina portuguesa, no qual, as doutrinas patológicas e químicas¹⁹ de Paracelso e dos outros médicos que o seguiram, como Van Helmont, Sennert, Silvius e Willis, eram pouco conhecidas em terras lusitanas²⁰. A maior parte dos clínicos e tratadistas se guiava pelo humorismo galênico e preservava fórmulas medievais, como a teriaga de sessenta componentes, e todos os remédios secretos extraídos do reino animal²¹. A terapêutica usava e abusava dos cautérios, dos fontículos, das sangrias gerais e locais, dos vesicatórios, das purgas e dos vomitórios.

O *Socorro Delphico* (1731) de Francisco da Fonseca Henriques, apesar de não ser uma obra que trate apenas da obstetrícia, demonstrou grande número de questões relativas à concepção e ao parto. Ele admitia que a geração se efetuava pelo sêmen do homem, elaborado nos testículos, e do óvulo de Graaf, rejeitando a opinião daqueles que acreditavam que a mulher produzia matéria seminal. A fecundação ocorria no útero e os sinais, considerados típicos da gravidez, como náuseas, vômitos, desmaios, ptialismos [secreção excessiva de saliva] eram falíveis. Não acreditava que pela urina fosse possível diagnosticar a gravidez e o sexo da criança. Descreveu a formação do feto e a maneira como ele se nutria, no útero, por intermédio dos vasos umbilicais (Lemos, op. cit.).

¹⁸ Margarida Ribeiro (1990) fez pesquisas etnográficas em Portugal, nas localidades de Portalegre, Ribatejo, Almeirim, Rio Maior, Baixo Barroso, Montalegre, Guimarães, Ponta de Lima, Algarve, Açores etc. No Brasil ela trabalhou com a comunidade de São Caetano do Sul, em São Paulo e algumas povoações do interior do Nordeste. Nesta obra ela informa que os livros e os opúsculos sobre parto começam a aparecer em Portugal em fins do século XVIII (Ribeiro, 1990). Nossa pesquisa mostra que eles datam do início dos Setecentos e não do final, conforme escreveu Ribeiro.

¹⁹ Sobre a química e a física em Portugal ver José Pereira Salgado (1929). O autor afirma que antes do século XVIII, mas precisamente na Reforma da Universidade de Coimbra em 1772, a química não teve cultores em Portugal e as doutrinas alquímicas, iatroquímicas e flogísticas não dispunham de adeptos nas terras lusitanas (op. cit., p. 5).

²⁰ Segundo Silva Carvalho (1929), o fato destas obras terem sido escritas, inicialmente em latim, e não em língua pátria constituiu-se numa barreira para a elite portuguesa letrada.

²¹ Para conhecer esta fase da medicina portuguesa, vide Silva Carvalho (op. cit.).

A obra de D. Antonio de Monravá e Roca²² – *Novíssima Medicina* (1745) – se ocupou, dentre outros tópicos, das doenças próprias do sexo feminino e dos acidentes da gravidez e do parto. Em se tratando de doença de mulheres, ele atribuiu o fluxo menstrual à influência de um fermento uterino, e acreditou que as mulheres, quando menstruadas, provocavam a corrupção das plantas, do mosto²³, da cerveja etc. Em relação à gravidez e ao parto, ele discorreu sobre as náuseas e os vômitos durante a prenhez; as molas do útero; o parto difícil; a retenção da placenta, a qual, depois de apodrecida, saía sem intervenção; dos lóquios; e dos acidentes do puerpério. Nos partos difíceis ele aconselhava o uso de clisteres e sangrias para facilitar a saída do feto. Praticava a operação *post mortem* para extrair a criança viva e a embriotomia²⁴. Declarou que nunca praticara uma cesariana, tampouco a extração do feto com ganchos.

Em 1725, o médico Domingos de Lima e Mello²⁵, utilizando o pseudônimo de Sebastiam de Souza, traduziu do francês e publicou o primeiro livro escrito em língua portuguesa, destinado, especialmente, às parteiras e aos cirurgiões: *Luz das comadres ou parteiras: breve tratado de como se deve acudir aos partos perigosos*²⁶. O autor afirma que a motivação para traduzir e publicar um manual de obstetrícia que pudesse ser útil às parteiras e aos cirurgiões desejosos de ilustrar-se na arte de fazer parto residia no testemunho das desgraças que acometiam as parturientes, tendo como pano de fundo a ignorância das parteiras.

Este manual, escrito em prosa, ao contrário dos demais²⁷, não traz explicações sobre a composição anatômica da mulher, a configuração do feto, os tipos de parto, as manobras e os instrumentos obstétricos²⁸. A obra faz um apanhado dos medicamentos e misturas que devem ser administrados em todas

²² Nasceu em 1671, na Catalunha, estudou em Barcelona, Valência e por último em Lérida, onde se diplomou. Foi para Portugal em 1721 por influência do embaixador português em Espanha, Diogo de Mendonça Corte-Real. Foi lente de Anatomia no Hospital Real entre 1722 a 1732. Morreu em 1753 (Lemos, op. cit.).

²³ Sumo da uva, antes de terminada a fermentação (Aurélio Buarque de Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

²⁴ Operação na qual se praticava punção na cabeça, no tórax e no abdômen do feto para diminuir o seu volume e tornar possível a sua extração (GML, 01/09/1857).

²⁵ Natural de Viana do Castelo, foi médico na Vila de Povos (Lemos, op. cit, p. 114).

²⁶ Trabalhamos com a edição de 1826, na Biblioteca Nacional de Portugal.

²⁷ Percebemos que os médicos e cirurgiões portuguesa adotaram o modelo metodológico de Baudelocque para escrever os manuais de obstetrícia, conforme discutiremos adiante .

²⁸ Conforme mostramos em capítulo anterior, os estudos de anatomia e cirurgia no Hospital São José, em Lisboa, podem ser localizados no século XVII. Cf. Carvalho (1929).

as situações²⁹. A indicação medicamentosa era a base de compostos vegetais simples, sem fórmulas químicas. Este material está inscrito na prática médica arábico-galênica que vigorou em Portugal e também no Brasil, até a reforma pombalina no ensino médico da Universidade de Coimbra (1772).

A obra aconselha as parteiras a administrarem remédios nos partos demorados, recomendação esta que vai de encontro aos conselhos dos outros manuais do século XVIII (Affonso e Mello, 1772), os quais, recomendavam a presença do médico ou do cirurgião nos partos laboriosos, por acreditar que estes eram os únicos autorizados a aplicar medicamentos e a realizar manobras obstétricas.

O dr. Lima e Mello, assim como a maioria dos médicos e cirurgiões que escreveram manuais de obstetrícia, mostrava-se comprometido com a cruzada do saber contra a ignorância, que era o argumento central deste tipo de literatura³⁰.

Amigo leitor, a grande lástima, e compaixão, que tive de ver morrer miseravelmente uma mulher de parto, sem lhe aplicarem alguns remédios, assistindo-lhes três Comadres, ou Parteiras, de quem se diziam eram Mestras velhas, e nenhuma delas sabia o que devia fazer; e por ter notícia das muitas desgraças, que todos os dias sucedem por erros, e ignorância das Comadres, e por ver que todas as mulheres de parto se valem delas, e só delas se fiam em caso de tanto perigo, e aperto; e por entender que de tão pequeno volume se pode seguir grande utilidade neste Reino, servindo de remédio e alívio a todas as mulheres de parto nas maiores aflições, como de crédito as Comadres, foram as causas, que me obrigaram a sair a luz com este pequeno volume, que me deixou um médico francês, e o traduzi na língua Portuguesa, para que (...) o pudesse entender e estudar qualquer Comadre. Não o traduzi para os Médicos doutos, que estes os não chamam para semelhantes casos, e se os chamam já é tarde, e a tempo que estão expirando as mulheres de parto, e não tem remédio os erros, que as Comadres tem feito, ou por fazerem o que não deviam fazer, ou por não lhes aplicarem a tempo os remédios (...) (*Luz das Comadres...*, p III-IV)

Ao analisar *Luz das comadres ou parteiras* percebemos uma incongruência entre o discurso do dr. Lima e Mello, na introdução da obra, e o que se segue, no

²⁹ Apenas para exemplificar, a *Luz das comadres ou parteiras* aconselhava que a mulher com dificuldade no parto ingerisse leite de cadela, misturado com mel e vinho branco (op. cit., p. 11).

³⁰ Vidal e Tomás (2001) afirmam que a literatura médica e cirúrgica do Iluminismo, ao focar a ignorância das comadres, abriu brechas para a figura do competidor masculino: o cirurgião-parteiro.

corpo do texto. Dizendo de outra forma, a percepção obstétrica subjacente ao texto faz parte do empirismo e pouco, ou nada, traz sobre conhecimentos anatômicos e cirúrgicos, já conhecidos e divulgados no século XVIII³¹.

Esta contradição pode ser explicada se nos atentarmos para o período em que o texto original foi escrito, possivelmente em fins do século XVII ou início do XVIII. Diz Lima e Mello que aquela obra se tratava de uma tradução das anotações de um colega francês que, certamente as escreveu antes do 1725, data em que se deu a publicação em Portugal. Por conseguinte, podemos afirmar que este livro foi escrito com o arcabouço intelectual do século XVII. Olhando por esta perspectiva é perfeitamente plausível que o manual propague conselhos obstétricos de caráter empírico, sem fazer referências aos princípios anatômicos, vigentes no século XVIII³². E não esqueçamos que nos Seiscentos as parteiras eram hegemônicas na arte de fazer partos e, por ora, ainda não havia necessidade de um extenso conhecimento teórico e treinamento prático.

A nosso ver, historiadores, antropólogos e outros cientistas sociais supervalorizaram *Luz das comadres ou parteiras*, como o guia mestre da arte de partejar para os séculos XVIII e XIX, em terras luso-brasileiras, sem contudo, fazer uma análise mais detalhada da obra, situando-a no contexto científico da época em que foi produzida³³. Tomar esta manual como síntese da produção científica portuguesa, e por extensão brasileira, no campo da obstetrícia, é um equívoco. Este material está em sintonia com a ciência do seu tempo, ou seja, tempo em que foi escrito, apesar de ter sido várias vezes re-editado em Portugal, até o século XIX. Temos que considerar que o restante da produção científica,

³¹ Candice Dahl (2001) trabalhou com os manuais de obstetrícia do final do século XVII e início do XVIII e afirma que nos Setecentos a literatura sobre obstetrícia enfatizava a necessidade do estudo da anatomia e o treinamento para melhor utilização de instrumentos obstétricos, a exemplo do fórceps. Tal preocupação não consta nos manuais do século XVII, quando bastava o conhecimento prático obtido através do tempo e da experiência.

³² A obra de Baudelocque (1746-1810) – *Princípios acerca da arte obstétrica* – foi publicada em língua portuguesa no século XVIII, e apresenta uma concepção da arte de partejar e da formação das parteiras, diametralmente oposta a da *Luz das comadres ou parteiras*. Os detalhes desta obra serão discutidos nas páginas que se seguem.

³³ Margarida Ribeiro, ao trabalhar com *Luz das Comadres ou parteiras*, afirma que a leitura da obra a deixou profundamente magoada: “Interrogamo-nos sobre o estado de ignorância que tornou admissível, durante um século, - período avaliado pela data das edições da obra -, picar os delicados pés de um inocente para o obrigar a apresentar-se na melhor posição de nascer” (1990, p. 84).

referente à obstetrícia nos Oitocentos e até mesmo nos Setecentos, trilhou caminhos diferentes da *Luz das comadres ou parteiras*.

Em 1772 veio a público o *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*, dos irmãos Manoel José Affonso e José Francisco de Mello, ambos cirurgiões que compreendiam a arte de partejar como ciência teórica e prática, “filha legítima da cirurgia”, cujo objetivo principal era assistir às mulheres grávidas e “no tempo do parto”, auxiliá-las e socorrê-las com os meios próprios para as ocasiões difíceis, seja com as mãos, ou com remédios, ou com os instrumentos (Affonso e Mello, 1772, p. 2).

A obra foi destinada à formação dos cirurgiões, mas poderia também ser consultada pelas parteiras, por isso os autores optaram pela metodologia do catecismo. Manoel José Affonso e Francisco de Mello não fizeram um trabalho original, e sim uma recopilação das seguintes obras: Levret (Paris, 1762)³⁴; Smellie (Paris, 1764)³⁵; Mauriceau (Paris, 1738)³⁶; Roederer (Paris, 1765)³⁷; Astruc (Paris, 1766)³⁸; Raulin (Paris, 1770)³⁹; do *Compendio de el arte de partear : compuesto para uso de los Reales Colegios de Cirugia* (Barcelona, 1765); e dos *Comentários dos Aforismos de Boerhaave por Vanswieten* (Paris, 1765). Esta coletânea demonstra que os médicos e cirurgiões lusitanos não desconheciam as doutrinas circulantes nos demais países do continente europeu, nem tampouco as publicações sobre obstetrícia no século XVIII.

O *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*, foi dividido em dois tomos e seis livros, com o conteúdo exposto em forma de diálogo. Os autores enfocaram a anatomia das partes da geração da mulher, e outras, adjacentes; o uso prudente dos remédios e de como deveriam ser aplicados nas ocasiões do parto; os instrumentos, aparelhos e operações

³⁴ Trata-se da obra *Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, avec des remarques sur ce qui a été proposé ou mis en usage pour les terminer: & de nouveaux moyens pour y parvenir plus aisement*.

³⁵ Refere-se a *A collection of cases and observations in midwifery* de William Smellie.

³⁶ Trata-se de *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leur maladies, et celles des enfans nouveau-nés*.

³⁷ Refere-se a *Elémens de l'art des accouchemens. Augmentée des observations sur les accouchemens laborieux*.

³⁸ Trata-se de *Manuel des accouchements à l'usage des sages-femmes*.

³⁹ Esta obra foi traduzida para o português e será trabalhada por nós, neste capítulo. Algumas das obras acima citadas foram trabalhadas por Ana Paula Martins (2004) em *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*.

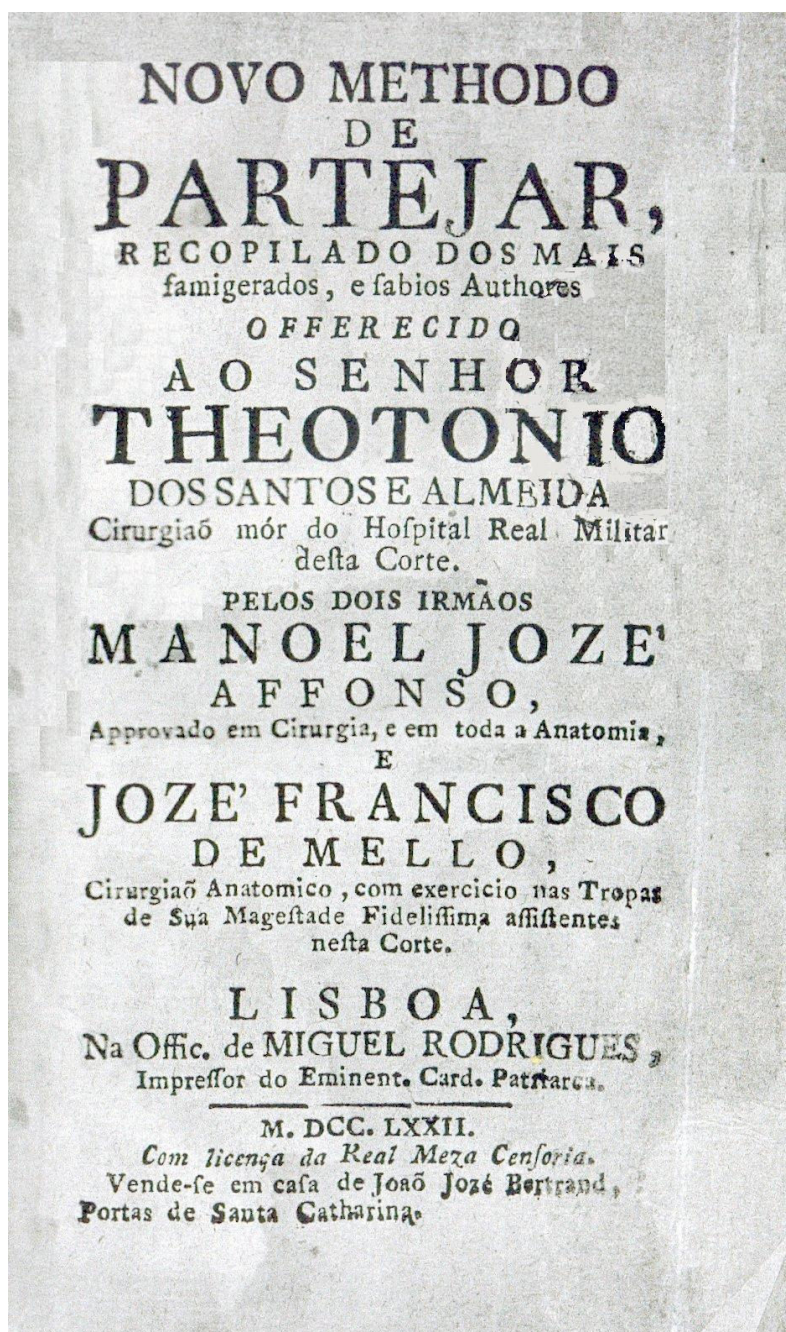
necessárias para socorrer a parturiente nos partos difíceis e perigosos, embora não apresentem estampas⁴⁰; trataram dos partos perigosos e das seqüelas que estes poderiam deixar, ou seja, dos “acidentes” intercorrentes do parto, como as inflamações nos seios, ruptura da vagina e do períneo; por fim, trataram da fecundação, nutrição, aborto, batismos dos natimortos e dos monstros.

Affonso e Mello traçaram um perfil do cirurgião e da parteira ideais para exercer o ofício: eles deveriam aliar os conhecimentos da anatomia feminina, das técnicas, dos instrumentos e dos remédios adequados, às ocasiões pertinentes. Tudo isso, somado à prática adquirida com pessoas “doutas”, e certamente ele estava se referindo aos médicos e aos cirurgiões-parteiros. Para as parteiras, além das exigências de caráter técnico e cognitivo, acrescentavam-se os quesitos morais, tais como “ser de boa vida, e consciência, de muito segredo, paciente, alegre e bem civilizada” (Affonso e Mello, op. cit., p. 24).

Como nos demais manuais, os autores não pouparam esforços para culpabilizar as parteiras pelos danos gravíssimos causados à parturiente e ao feto, sendo tais desacertos interpretados como desconhecimento das questões relativas à arte de partejar, tais como “meter as parturientes em ação de parto por quaisquer dores falsas”; fazer o parto à força com movimentos que resultavam na contusão e inflamação das partes genitais da mulher e, muitas vezes, do feto; ou seja, “transformar os partos normais em dificultosos” (Affonso e Mello, op. cit., p. 25).

⁴⁰ A ausência de estampas neste período foi creditada ao alto preço das gravuras e à dificuldade em reproduzi-las. O primeiro Atlas de estampas de arte obstétrica data de 1842 e foi traduzido do alemão, para o português, pelo dr. F. Kessler e pelo cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém (BN – PT, Busch, 1842).

FIGURA 5 – Novo Método de Partejar



Fonte: AFFONSO, Manoel José e MELLO, José Francisco de. *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*. Lisboa: Oficina de Miguel Rodrigues, 1772.

Os cirurgiões Manoel Affonso e José Mello filtraram e reproduziram a tendência francesa voltada para a subordinação das parteiras à autoridade do cirurgião e do médico⁴¹. Eles limitaram a atuação das comadres, tanto na intervenção dos partos difíceis quanto na administração de remédios internos e externos. A terapêutica autorizada eram os óleos de amêndoa e de açucena para untar o ventre e a vagina, os banhos de assento com plantas emolientes, e o cozimento de leite para aplicar sobre o ventre em caso de grandes dores. Proíbiam a administração de remédios espirituosos, aguardente, chocolate, água de açucena composta, e acrescentavam que os medicamentos internos só seriam aplicados com a prescrição do cirurgião ou do físico (ibidem, p. 26-29).

Os manuais de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX defendiam uma instrução parcial e diferenciada para a parteira, de forma a mantê-la subordinada ao cirurgião, garantindo assim a divisão do trabalho e do mercado. A justificativa para a diferença na quantidade e qualidade de informação residia na crença de que as mulheres não tinham sido dotadas pela natureza para desenvolver certos tipos de cognição⁴². *O Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores* referenda esta tendência, não apenas por ter sido uma inclinação dos demais países europeus, mas por opção dos autores, pois, ao fazer um recorte dos diversos manuais de obstetrícia, eles certamente selecionaram passagens que se coadunavam com as suas crenças e princípios. Eles defenderam a necessidade dos cirurgiões instruírem as parteiras, principalmente as do interior do Reino, aquelas que não sabiam ler, e não tinham acesso aos manuais.

Na divisão do trabalho obstétrico, as parteiras deveriam ficar restritas a acompanhar os partos naturais e esperar da natureza todo o socorro, “mas sem embargo, [e] se for preciso alguma fomentação, a fará naquelas partes, aonde mais convenha; e depois de feito o parto, tratará da mãe, e filho, segundo os preceitos da arte” (ibidem, p. 62). Assim, pouca ou quase nenhuma interferência se esperava da parteira. Ela deveria aguardar que a natureza seguisse seu curso,

⁴¹ Bridgette Sheridan (2001) nos dá uma visão do quanto à prática e as responsabilidades das atividades das parteiras francesas foram progressivamente restringidas e reguladas por médicos e cirurgiões, a partir do século XVII.

⁴² O argumento de que a natureza dos homens permitia-lhes aprendizados do tipo que as mulheres não seriam capazes foi tratado por Candice Dahl (2001).

para então aparar a criança e tomar as providências práticas, como banhar, alimentar e vestir a mãe; funções estas, consideradas como parte da “natureza” feminina e não precisavam da intervenção da ciência médica. Quando a situação resvasse para um “parto contra a natureza”, entraria em cena o cirurgião-parteiro, aquele que possuía preparação anatômica e cirúrgica, munido de técnicas e instrumentos capazes de evitar a possível morte da parturiente e da criança, evitando assim a “despovoação de uma grande parte do mundo, e muitas vezes a provação do bem eterno, e outros prejuízos que não só sente o particular, mas também o comum” (ibidem, p. 29-30).

As parteiras deveriam estudar a configuração dos ossos das “cadeiras sobre os quais hão de trabalhar quando for necessário, e a desordem, ou má formação destas, que muitas vezes serve de causa para o funesto perigo”; o útero e sua função de geração do feto; a fecundação do “ovo” feminino nas “tubas falopianas” a partir do “ajuntamento” da matéria seminal masculina⁴³; a placenta, o cordão umbilical e o feto (ibidem, p. 52-57).

Um exemplo da diferenciação na linguagem e profundidade dos conteúdos relacionados à obstetrícia pode ser encontrado no livro *Aforismos sobre a aplicação, e uso do fórceps, e vectis*⁴⁴, e *sobre partos preternaturais, partos acompanhados de hemorragias, e de convulsões* (1793), de autoria de Thomas Denman (1733-1815)⁴⁵, traduzido pelo cirurgião Manoel Álvares da Costa Barreto,

⁴³ Gabrielle Falloppio em 1561 foi um dos primeiros anatomistas a dedicar-se ao estudo da genitália feminina. Ele cunhou o nome vagina; descreveu o clitóris; os tubos do ovário, as chamadas trompas de falópio. Só dois séculos foi reconhecido que os óvulos eram formados nos ovários, descendo por aquele canal, para o útero. Regnier de Graaf descreveu em 1670 o sistema reprodutivo feminino (Porter, 1996).

⁴⁴ É um instrumento semelhante ao fórceps, um pouco mais extenso e largo, com o cabo situado em uma linha reta (Denman, 1793, p. 21).

⁴⁵ Thomas Denman (1733-1815), nascido em Derbyshire, Inglaterra, estudou Medicina no St George's Hospital (Londres). A partir de 1753, assistiu às aulas sobre parturição dadas pelo dr. Smellie. Graduiu-se em 1764, após passar um período (1757-1763) na Marinha. Foi médico-parteiro no Middlesex Hospital (1769-1783), e licenciou-se em parturição pelo College of Physicians em 1783. Contribuiu para tornar comum, na Inglaterra, a prática de induzir o parto prematuro, nos casos de pélvis estreita (Fonte: King's College London Archives Services. Disponível em: <www.kcl.ac.uk/iss/archives/collect/10de55-1.html>. Acesso em: 29 jul. 2005).

que reafirmou a carência de livros nacionais sobre aquele “ramo da arte”⁴⁶. Como esta obra era destinada à formação de cirurgiões, trazia informações sobre anatomia, partos naturais e laboriosos, aplicação de instrumentos cirúrgicos, dentre outros tópicos, utilizando uma linguagem mais técnica e elaborada, com riqueza de detalhes. Denman fecha a obra com extensos relatos de casos que ele vivenciou como médico-parteiro.

Os manuais de obstetrícia do século XVIII, a exemplo do *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*, permitem uma rediscussão sobre a medicina portuguesa, diferente do caminho percorrido por Mary Del Priore, que afirmou “estar a medicina portuguesa naufragando no obscurantismo e levando a colônia [Brasil] junto” (Priore, 1997, p. 80).

Os esforços da medicina lusitana para conhecer o corpo feminino pouco mudaram com as descobertas realizadas no final do século XVII por Antoine van Leeuwenhoek, naturalista holandês que inventou o microscópio. A descoberta de “ovos nos testículos femininos” por outro médico holandês, Reinier de Graaf, que estudou também os folículos que levam o seu nome, e a observação daquilo que os cientistas pensavam ser “vermes, insetos espermáticos, girinos ou peixinhos”, os espermatozoides, realizada por Leeuwenhoek através do microscópio, em quase nada alteraram a noção marcadamente religiosa dos doutores portugueses, fiéis à crença de que o corpo feminino e a procriação eram assunto divino, por isso mesmo, irretocável. (ibidem, p. 79).

Seguindo a trilha dos manuais de obstetrícia franceses, traduzidos para o português, destacamos *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras*

⁴⁶ Observando a produção científica de Thomaz Denman, percebemos que o cirurgião português Manoel Álvares da Costa Barreto acabou por fazer uma compilação de várias obras do médico inglês. São elas: *Essays on the Puerperal Fever, and on puerperal convulsions* (J Walter, London, 1768); *A Letter to dr. Richard Huck, on the construction and method of using vapor baths* (London, 1768); *Aphorisms, respecting the distinction and management of preternatural presentations* (London, c 1780); *Directions for the application of the forceps* (London, c 1780); *An Essay on Uterine Hemorrhages depending on Pregnancy and Parturition* (J Johnson, London, 1785); *An Essay on Difficult Labours* (J. Johnson, London, 1787-1791); *An Essay on Natural Labours* (J Johnson, London, 1786); *An Essay on Preternatural Labours* (J. Johnson, London, 1786); *A Collection of Engravings, tending to illustrate the generation and parturition of animals, and of the human species* (J Johnson, London, 1787); *An Introduction to the Practice of Midwifery* (J Johnson, London, 1794, 95); *Observations on the Cure of Cancer* (J Johnson, London, 1810).

das províncias (1772)⁴⁷ do médico francês Joseph Raulin (1708-1784), cujo título original era *Instructions succinctes sur les accouchements en faveur des sages-femmes de province* (1769).

Como sugere o próprio título, esta obra tinha como público alvo as parteiras do interior da França, e a instrução era tida como eixo fundamental para o ofício destas profissionais. Mas, antes de instruí-las, a partir dos princípios e conselhos da ciência, era preciso reforçar a moral com virtudes adequadas ao bom comportamento feminino: “as parteiras devem ser decentes, modestas, de bons costumes, capazes de guardarem segredo, desinteressadas, regulares no seu modo de viver, e livres de toda a suspeita” (Raulin, 1818, p. 6).

E, para que elas desempenhassem bem a sua função, ou seja, acompanhar o parto, definido como ação pela qual a criança sai do ventre da mãe (ibidem, p. 3-4), era preciso seguir algumas instruções elementares:

a) Ter cuidado com as “partes da geração” e tocá-las com moderação, evitando assim que elas se dilatasse e inchassem, dificultando o parto;

b) Evitar administrar bebidas “incendiantes”⁴⁸, nas mulheres em processo de partos dificultosos, já debilitadas, pois tal atitude não melhoraria a condição da parturiente, na verdade, poderia ser funesto. Quando a mulher, em trabalho de parto, estivesse demasiadamente enfraquecida pelo esforço, era aconselhável fazê-la beber caldos com algumas gotas de vinho, ou água de flor de laranja. Outros medicamentos, jamais deveriam ser administrados nem antes, nem durante ou após o parto.

c) Praticar o batismo com água benta, ou qualquer outra na ausência desta, quando houver perigo de morte para a criança. Mas, se a criança estivesse fora do ventre materno, a parteira deveria transferir esta função para um homem, excetuando o pai (ibidem).

⁴⁷ Quanto ao tradutor português, sabemos apenas das suas iniciais: M. R. D. A. Trabalhamos na Biblioteca Nacional de Lisboa com a obra publicada em 1818, mas existem edições datadas de 1772. No mesmo ano, este livro também foi traduzido na Espanha, em Zaragoza, por Antonio C. García Martínez e Manuel J. García Martínez, com o título de «Instrucciones succinctas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres».

⁴⁸ Refere-se às bebidas alcoólicas.

Raulin ocupou muitas páginas do seu manual para tratar do batismo, e parecia apoiar os esforços da Igreja Católica francesa, para quem muitas crianças morriam sem este sacramento⁴⁹. Tal apelo calou fundo na sociedade portuguesa, profundamente marcada pela religiosidade católica⁵⁰.

Raulin achava necessária a instrução das mulheres no campo da obstetrícia, mas, considerava prudente impor vetos, capazes de manter os limites de atuação entre os praticantes da arte dos partos. O discurso dele é cáustico e não deixa dúvidas de que a parturição se tornava um negócio de médicos e cirurgiões.

Que se pode julgar daquelas Parteiras, que tem a ousadia de se servirem de instrumentos de Cirurgia nos Partos trabalhosos, ou contra a natureza? O maior número delas não poderia fazer uso deles, sem ficarem ao mesmo tempo homicidas da mãe, ou da criança: inumeráveis exemplos funestos, além daqueles, a que estaríamos expostos em semelhantes circunstâncias, devem causar grande horror, para que se lhes proíba semelhante uso. Por esta justa razão não falarei do modo, com que se devem servir dos mesmos instrumentos. Semelhantes conhecimentos só pertencem aos Médicos, e Cirurgiões instruídos, e que tem o talento, e hábito de assistir aos Partos (ibidem, p. 9-10).

Com uma censura do saber previamente estabelecido, Raulin segue em frente, discorrendo sobre os órgãos que servem ao parto (útero, pélvis ou bacia, cóccix, vagina) e possíveis defeitos que atrapalham a expulsão da criança. Em seguida, explana sobre o cordão umbilical; a expulsão das “secundinas”, item que era motivo de grandes preocupações dos médicos; e a posição do feto. Daí, passa para os sinais que precedem o parto e como fazer o prognóstico. E, por fim

⁴⁹ O batismo efetuado por parteiras, chamado batismo de emergência, foi um tema recorrente em várias nações européias. Wiesner (1993) estudou este assunto em cidades católicas e protestantes da Alemanha, e demonstrou a preocupação das autoridades alemãs, ao longo da Era Moderna, resultante das mudanças na doutrina do batismo, nas regiões protestantes; Fillippini (1993) interpretou este ritual como uma forma de reforçar a aliança entre párocos e parteiras na Itália, além de proporcionar uma valiosa oportunidade para o sacerdote obter informações sobre as atividades da comunidade e manter algum controle, embora indireto, sobre a sexualidade de suas paroquianas, as práticas abortivas, os nascimentos ilegítimos, a gravidez das mulheres solteiras, etc.; Vidal e Tomás (2001) ponderaram que, por trás das diretrizes tridentinas, o sacramento do batismo se converteu em um dos baluartes da Igreja e a grande mortalidade de crianças nos primeiros dias de vida justificava a administração do batismo pela parteira.

⁵⁰ Sobre a história da Igreja em Portugal ver Fortunato Almeida (1967).

os três tipos de parto - *natural, dificultoso* ou *trabalhoso* e o que é *contra a natureza* – e como a parteira deveria proceder em cada um deles.

A literatura francesa sobre obstetrícia teve muita penetração em Portugal, a julgar pela aceitação da obra de Jean Louis Baudelocque (1745-1810) – *Principes sur l'art des accouchemens par demandes et réponses en faveur des élèves sages-femmes* (1775)⁵¹, traduzida e publicada em Portugal desde 1785; as referências bibliográficas que Manoel José Affonso e José Francisco de Mello utilizaram para compor o *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores e Instructions succinctes sur les accouchements*, de Raulin.

Principes sur l'art des accouchemens par demandes et réponses en faveur des élèves sages-femmes (Baudelocque, 1775) foi um manual destinado às parteiras, traduzido pelos cirurgiões da cidade do Porto, Antonio Ferreira Braga e Manoel Rodrigues, e ganhou, em português, o título de *Princípios acerca da arte obstetrícia*, esgotando rapidamente na sua primeira edição, em 1785. Dois anos depois, o governo mandou publicar a 2ª edição com uma tiragem de 6.000 exemplares⁵². Esta trabalho continuou sendo editado em francês até o século XX⁵³.

⁵¹ Em 1781, Baudelocque publicou *L'art des accouchemens*. Esta obra circulou também em Portugal e encontramos na Biblioteca Nacional de Lisboa um exemplar, datado de 1796, em sua 3ª edição. Encontramos um exemplar do mesmo livro no Memorial de Medicina Brasileiro, da Faculdade de Medicina da Bahia, datada de 1807, em sua 4ª edição.

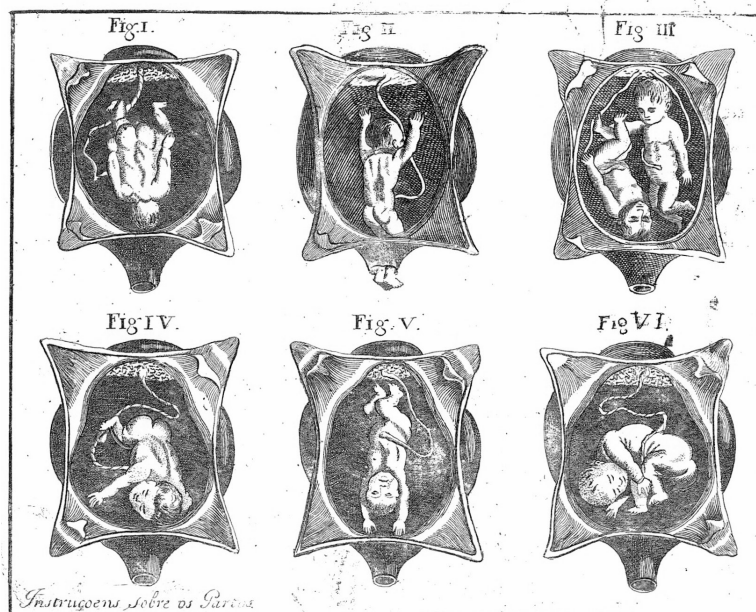
⁵² Trabalhamos na Biblioteca Nacional de Lisboa com a 4ª edição, datada de 1824.

⁵³ Encontramos na Biblioteca Nacional de Lisboa duas publicações dos *Principes sur l'art des accouchemens par demandes et réponses en faveur des élèves sages-femmes*, uma datada de 1787 e outra de 1912.

FIGURA 6 - *Breves Instruções Sobre os Partos*

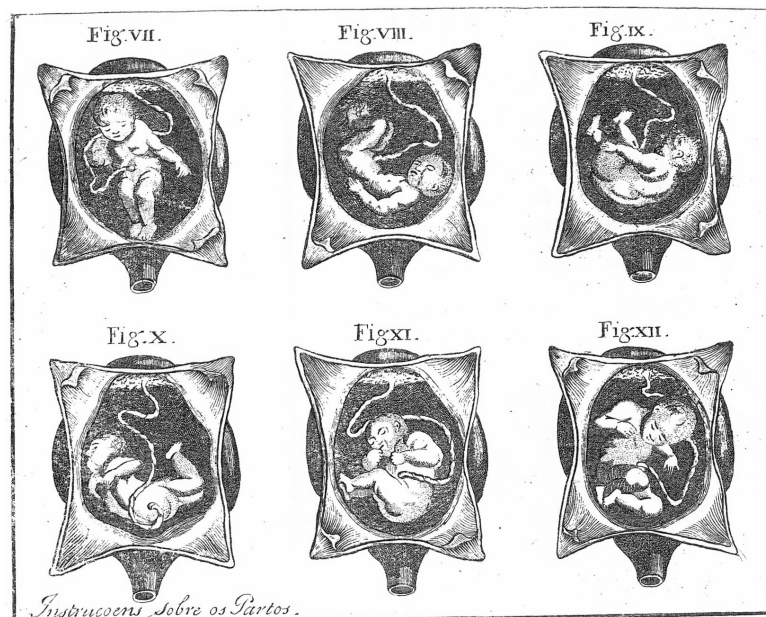
Fonte: RAULIN, Joseph. *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Trad. M. R. D. A. Lisboa: Imprensa Régia, 1818.

FIGURA 7 - Posições do feto no útero (Figuras I a VI)



Fonte: RAULIN, Joseph. *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Trad. M. R. D. A. Lisboa: Impressão Régia, 1818.

FIGURA 8 - Posições do feto no útero (Figuras VII a XII)



Fonte: RAULIN, Joseph. *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Trad. M. R. D. A. Lisboa: Impressão Régia, 1818.

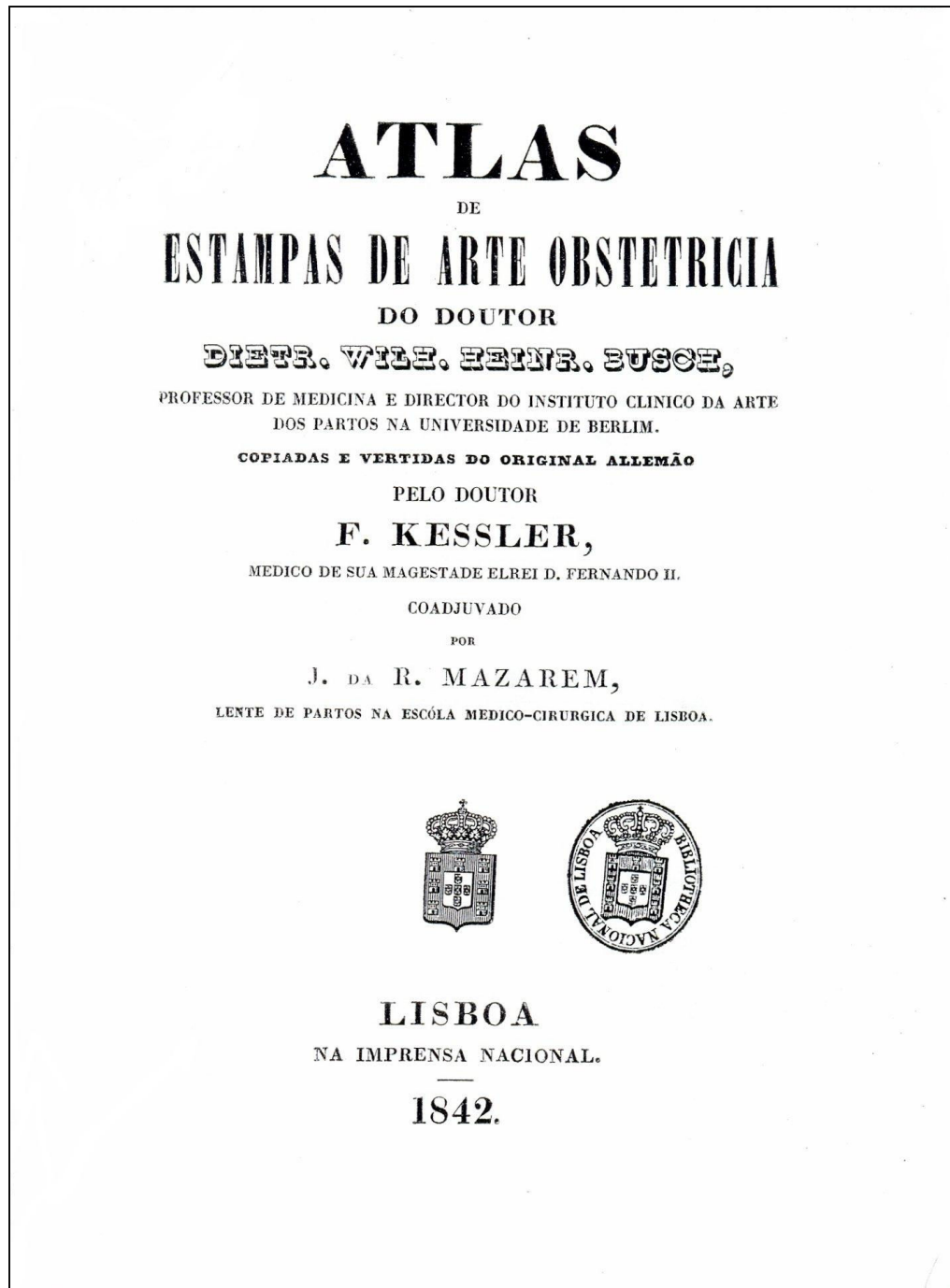
Baudelocque criticava o método de ensino adotado na formação das parteiras francesas em fins do século XVIII. Acreditava que a instrução deveria ser dada em um grande hospital, por onde passavam muitas mulheres, o que favoreceria a aprendizagem das futuras parteiras. O francês defendia o estilo simplista dos catecismos, por acreditar que era a melhor forma de aprendizagem das alunas, mulheres “pouco dispostas ao estudo, incapazes de uma atenção continuada de refletir, de meditar, de comparar, de julgar. E estou ainda de tal modo persuadido que é só apresentando-lhe a *arte de partos* desta maneira que se lhe poderá ensinar” (Baudelocque, 1824, p. VII).

O manual tratava do parto em geral, dos órgãos femininos, da geração, da menstruação, da fecundidade, da esterilidade, da concepção, da gravidez, da posição do feto no momento do parto, do aborto, da falsa prenhez, do regime e remédios apropriados às mulheres, dos cuidados com o recém-nascido e com a mãe, e, o que era muito importante para uma época com poucas mulheres alfabetizadas⁵⁴, as explicações era acompanhadas de estampas representando a bacia, o útero, o feto e a placenta.

Em se tratando de estampas obstétricas, temos a publicação do médico alemão Dietrich Wilhelm Heinrich Busch (1788-1858), Diretor do Instituto Clínico da Arte dos Partos na Universidade de Berlim, traduzido para o português pelo dr. F. Kessler e pelo cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém, com o título de *Atlas de estampas da arte obstétrica* (1842). Esta obra foi bastante utilizada na formação acadêmica de médicos e cirurgiões, sendo a primeira do gênero em língua nacional que circulou em Portugal. Na segunda metade do século XIX, este tipo de publicação irá tornar-se mais freqüente na Europa (Martins, 2004).

As litografias apresentadas no *Atlas de estampas da arte obstétrica* expressam imagens bastante realistas do corpo feminino, principalmente da genitália, o que condiz com a produção cultural e científica Oitocentista, essencialmente visual e objetiva, critérios estes considerados essenciais no processo de validação e afirmação da medicina, enquanto ciência.

⁵⁴ Sobre a instrução pública em Portugal ver o trabalho de Luís Reis Torgal (1998).

FIGURA 9 – *Atlas de Estampas da Arte Obstetrícia*

Fonte: BUSCH, D. W. H. *Atlas de estampas da arte obstetrícia*. Traduzida do alemão pelo dr. F. Kessler e J. da R. Mazarem. Lisboa: Imprensa Nacional, 1842.

Mas, ainda distavam décadas para que os órgãos sexuais femininos, revelados sem interditos, se tornassem “naturais” para médicos e pacientes⁵⁵. O realismo dos desenhos inseriu no campo visual dos aprendizes (médicos e cirurgiões) um saber conhecido, até então, através das descrições textuais e verbais, presentes nos livros de obstetrícia e nas aulas teóricas. Ao revelar o corpo feminino, com destaque para a vagina e o útero, em posição frontal, sem véus ou outros artifícios, o dr. Dietrich Wilhelm Heinrich Busch rompeu com tabus que mantinham o corpo feminino preservado do olhar masculino⁵⁶.

O autor não se restringiu a apresentar os instrumentos auxiliares dos partos difíceis, mas acrescentou a estampa com a devida aplicação dos mesmos no corpo da mulher e no feto (fig. 10). A construção deste saber foi proporcionada pela experiência profissional de Busch que, como médico-parteiro, transitando entre a clínica e o magistério, conseguiu aliar observação, toque, registro e divulgação do conhecimento. Esta foi uma característica da medicina alemã, marcadamente da segunda metade do século XIX⁵⁷.

Outro aspecto a considerar foi o crescimento do parto hospitalar na Alemanha a partir dos anos 20 e 30 do século XIX. Este movimento potencializou a capacidade dos médicos e cirurgiões no conhecimento do corpo feminino em processo de gravidez e parto, permitindo assim, não só o registro das estatísticas clínicas, mas a cristalização e materialização das imagens vivenciadas nas enfermarias de partos, através dos desenhos⁵⁸.

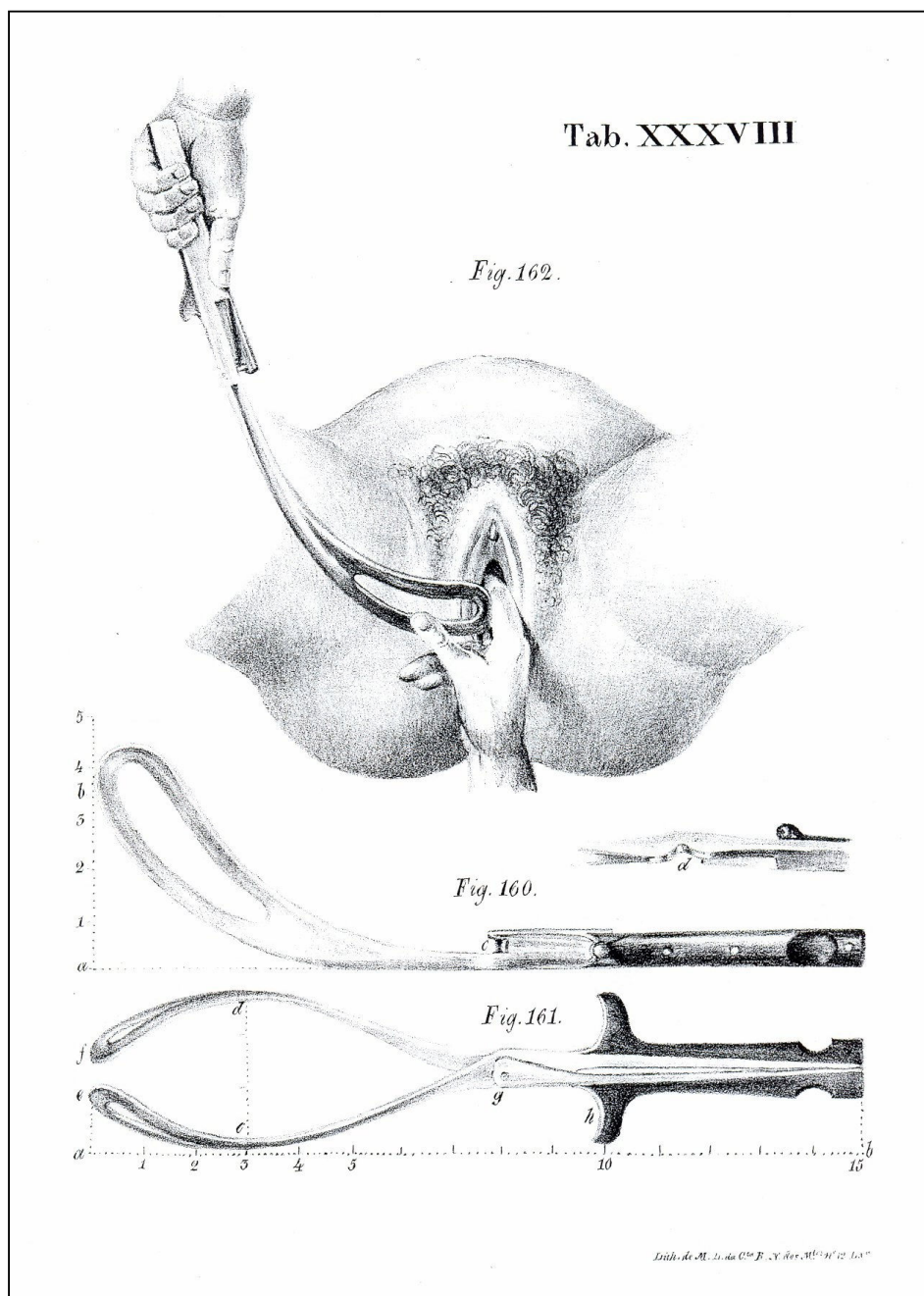
⁵⁵ Sobre os pudores dos médicos em examinar as mulheres e destas em mostrar seu corpo, vide Jean-Claude Bologne (1986).

⁵⁶ A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento dos médicos obstetras e ginecologistas na segunda metade do século XIX e início do XX encontra-se na obra de Ana Paula Vosne Martins (2004).

⁵⁷ Segundo Piñero (1985), a projeção da Alemanha no cenário das ciências médicas resultou de um contexto que agregou as atividades docentes, a clínica e a investigação em laboratório. A integração do hospital, da sala de autópsias e do laboratório em mãos de profissionais da universidade permitiu o florescimento das contribuições criadoras e sua imediata aplicação à clínica e ao ensino.

⁵⁸ Sobre o uso da iconografia nos manuais de obstetrícia e ginecologia ver Harold Speert (2004).

FIGURA 10 - Aplicação do fórceps



Fonte: BUSCH, D. W. H. *Atlas de Estampas da Arte Obstetrícia*. Traduzida do alemão pelo dr. F. Kessler e J. da R. Mazarém. Lisboa: Imprensa Nacional, 1842.

No início do século XIX, precisamente em 1810, o cirurgião Jacinto da Costa⁵⁹ publicava o *Compêndio da Arte de Partos para uso dos praticantes de cirurgia, e parteiras* (1810). Para o período, os cirurgiões portugueses já haviam incorporado o parto como um ramo da cirurgia e já estava sedimentada, academicamente, a divisão das funções entre cirurgiões e parteiras na assistência ao nascimento.

Todos os autores de manuais para parteiras reforçam a importância da sua obra no argumento da ignorância das comadres e na necessidade de ilustrá-las para minimizar o seu papel nocivo junto às famílias. Jacinto da Costa, em seu *Compêndio da Arte de Partos...* (1810), não fugiu à regra. No entanto, o autor toca em um ponto nevrálgico que envolvia a arte de partejar, ao afirmar que a ignorância neste ramo não era privilégio apenas das parteiras, como era também dos cirurgiões. Ele reconhece que nem todos os seus colegas estavam preparados para assumir partos difíceis e relata que, certa vez, encontrou um cirurgião com muitos anos de prática e serviços que não “só ignorava o uso desta operação [esvaziamento da bexiga por meio de um sonda], mas nem conhecia ao menos os instrumentos, com que se executa: coisa digna de reparo” (Costa, op. cit., p. 53). Assim, o autor destinou sua obra para ilustração das parteiras e também dos cirurgiões, dirigindo-se mais aos últimos que as primeiras⁶⁰.

Nos outros manuais, observamos que era comum a idealização de uma conduta padrão que deveria ser adotada pelas parteiras. Neste, em particular, a idealização voltou-se para o cirurgião, chamando atenção para a veiculação de uma imagem de autoconfiança e decoro.

Logo que o Cirurgião é chamado para acudir algum parto perigoso, deve se apresentar não só com o caráter honesto e alegre, mas também deve animar a parturiente, persuadindo-a da facilidade do parto; pedir-lhe licença para a visitar, a fim de reconhecer a qualidade, e estado do parto, e saber se é fácil ou dificultoso, se está próximo, ou tem demora, se há algum vício da configuração dos

⁵⁹ Era provavelmente natural de Tomar, e Cavaleiro da Ordem de Cristo. Na altura em que o livro foi lançado ele era Cirurgião do Hospital Real da Marinha, examinador em todo o ramo da Cirurgia, delegado do Cirurgião Mor das Armadas na Cidade de Lisboa. Faleceu pelo ano de 1850, com mais de oitenta anos.

⁶⁰ Evenden (1993, p. 20) afirma que os cirurgiões ingleses do século XVII e suas esposas, estiveram atentos para a negligência do parteiro. Assim, as mulheres daqueles asseguraram que suas próprias crianças viessem ao mundo pelas mãos de uma experiente parteira.

ossos, de bacia, se há moléstias nas partes de geração, que embarcem o parto; como são: pólipos na vagina, e no orifício do útero (Costa, 1810, p. 50).

Quanto à organização didática da obra, o autor inicia expondo quais são as partes destinadas à geração nas mulheres e como são formadas; as posições do feto e sua expulsão; as modalidades do parto; as considerações sobre o aborto; os cuidados necessários durante a prenhez; as prescrições de regime e medicamentos; e, finalmente, das moléstias que sobrevêm às mulheres após o parto.

Ao tratar da genitália feminina, Jacinto da Costa a dividiu em partes “externas (a vulva, os lábios maiores, o garfo, a fossa navicular, o clitóris, as ninfas, os lábios menores, o meato urinário e o orifício da vagina) e internas (vagina, útero, trompas falopianas, ovários, ligamentos largos e ligamentos redondos)” (ibidem, p. 13).

A nossa atenção se voltou para a definição do clitóris, que o autor apresenta como um membro análogo ao do homem.

O Clitóris é na mulher o que no homem se chama membro viril: a única diferença que há entre ambos é que o clitóris não é perfurado, e se acha situado no alto da vulva: a sua grandeza no estado natural não excede a de um pequeno dedo; é formado, como no homem, de dois corpos cavernosos aderentes às tuborisidades do Ischion; na extremidade destes dois corpos se acha a glândula do Clitóris, a qual é assaz sensível, e de substância esponjosa, como a glândula do homem (ibidem, p. 14).

Tal definição não é exibida em outros manuais por nós analisados e que tratam pormenorizadamente a descrição dos órgãos sexuais femininos, a exemplo da obra de Baudelocque. Todavia, a interpretação de Jacinto da Costa não foi excludente da percepção dos seus contemporâneos. A anatomia havia superado a representação galênica⁶¹, preservada na Renascença, que vigorou até o século XVIII, cuja representação dos órgãos femininos era uma versão dos órgãos

⁶¹ Para Galeno, a mulher possuía os mesmos órgãos que os homens, porém invertidos. Os desdobramentos desta crença, que permaneceu na sociedade ocidental até o século XVIII, na formulação conceitual de sexo e gênero são discutidos por Thomas Laquer (2001).

masculinos, mas o mesmo não aconteceu com o clitóris⁶². Ele atravessou séculos sendo visto como um similar do pênis. No século XVII, o parteiro François Mauriceau (1637-1709) descreveu o clitóris como um órgão que funcionava como um pênis; em 1813 o *Dictionnaire des Sciences Médicales* definiu o clitóris como um pênis em forma e estrutura que ao ser tocado proporcionava prazer; em 1884 Georg Ludwig Kobelt estudou pormenorizadamente este órgão, dissertando sobre sua estrutura e função, mas manteve a proposição de que ele era um homólogo exato do órgão masculino (apud Laquer, 2001, p. 282-284).

A menstruação foi definida como um fenômeno fisiológico, associada à irritabilidade do útero, que ocorria periodicamente durante toda a idade madura da mulher. Costa afastava qualquer relação entre sangue menstrual e influência lunar, excluindo assim as explicações metafísicas e místicas e isentando a mulher da condição de “impura” e “suja”. Ele diz textualmente que “a qualidade deste sangue é a mesma que a de todo o mais, e não se deve julgar corrompido, sendo a mulher sã e limpa” (Costa, 1810, p. 20).

[A menstruação é] aquela secreção do sangue que vem do útero, e sobrevêm a mulher todos os meses. (...) A causa desta secreção é a irritabilidade do útero, que excita o sangue a correr mais abundantemente para o seu tecido por meio das extremidades das ditas artérias, sem que para isso se precise que elas contenham mais sangue que o ordinário. A causa que provoca, pela primeira vez, esta irritabilidade do útero, e que mensalmente a renova, é um particular estímulo, que se desenvolve e adquire um certo caráter em espaço de tempo determinado, e que cessa de produzir seu efeito, quando a mulher chega a certa idade; donde vem, que nem a plethora ou sobra de sangue universal, nem a particular do útero, nem finalmente o ímpeto ou influxo da Lua, sejam a causa da menstruação (Costa, 1810, p. 19-20).

A quantidade de sangue expelido durante a menstruação, o tempo de duração e os sintomas que acompanhavam este fenômeno fisiológico variavam segundo a idade, o temperamento, o hábito do corpo, o clima, a estação, o alimento, o exercício, e outras circunstâncias. Acrescenta ainda que, em Portugal, as mulheres começavam a menstruar entre os doze e quatorze anos e

⁶² O clitóris foi descoberto em 1559 pelo italiano Mateo Realdo Colombo e, desde já, relacionado ao orgasmo (Porter, op. cit.).

finalizavam este ciclo entre os quarenta e nove e cinquenta e dois anos (ibidem, p. 20).

A obra de Jacinto da Costa não foi a primeira a inserir a menstruação no rol dos fenômenos fisiológicos. Na realidade, Costa praticamente repetiu o que está escrito na obra de José Jacob Plenck – *Instituições de Cirurgia teórica e prática que compreendem a fisiologia, e a patologia geral e particular*⁶³ – traduzido para o português e publicado pela primeira vez em 1786 por Manoel Joaquim Henriques de Paiva⁶⁴.

Assim, a tese de que a medicina endossou o poder enlouquecedor do sangue menstrual nos Setecentos, bastante difundida nos trabalhos de Mary Del Priore (1993; 1997) merece uma ressalva. Não estamos questionando o significado da menstruação na mentalidade da sociedade luso-brasileira no século XVIII. Certamente que, nos idos colonial, e até no século XIX, a população preservou a concepção da menstruação como impureza, castigo etc, como demonstra Priore. Nossa discordância reside na interpretação que a autora faz da medicina acadêmica enquanto matriz ideológica mantenedora e corroboradora do pensamento mágico e fantasioso sobre o corpo feminino, em especial sobre menstruação, gravidez, útero e parto. Para a autora, a medicina “evoluiu contra o que considerava arcaísmos” mas sem conseguir desfazê-los e assim, a “ciência médica ratificava o pensamento mágico sobre os corpos das mulheres” como um espaço de disputas entre Deus e o Diabo (Priore, 1997, p. 113)⁶⁵.

Nossa pesquisa revela que o saber médico construído em Portugal, a partir de meados dos Setecentos e início dos Oitocentos, em muito se afasta das concepções fantasiosas sobre o corpo feminino, em especial sobre o “sangue secreto” da menstruação.

⁶³ Vide páginas 86-87.

⁶⁴ Vide quadro com a produção científica de Henriques de Paiva no capítulo I.

⁶⁵ Salientamos que Mary Del Priore não foi a primeira, nem a única, que afirmou estar a medicina luso-brasileira contaminada pela concepção mágico-religiosa quando o assunto era o corpo feminino. Martins (2004), ao tratar da constituição da ginecologia e da obstetrícia em fins do século XIX e início do XX, “comprova” o argumento de Margarida Ribeiro (op. cit.), ao afirmar que “boa parte dos livros de obstetrícia portugueses produzidos antes do século XIX são exemplos da sobreposição de conhecimentos eruditos do sistema hipocrático-galênico, dos primeiros tratados de partos do século XVI, da astrologia, de fórmulas mágicas e de receitas populares. A interação entre erudição, magia e cultura popular permaneceu mesmo no século XIX com a publicação de *Luz das comadres ou parteiras*, de 1826(...)” (Martins, 2004, p. 213).

Ao tratar da concepção, Jacinto da Costa⁶⁶ confessou que este era um assunto incerto para a medicina; mas, para a mulher conceber era preciso que não sofresse de má formação geral ou local, principalmente nos órgãos da geração e era preciso menstruar mensalmente e ter coito com o homem, “do qual receberá no ato venéreo duas coisas que são ereção e introdução e ejaculação” (Costa, 1810, p. 22). Chamamos atenção de que este conhecimento sobre fecundação e concepção circulava na comunidade científica lusitana desde o início do século XVIII, conforme constatamos em *O Socorro Delphico* (1711) de Francisco da Fonseca Henriques, já citado anteriormente.

Para constatar a gravidez era preciso que o “operante” [cirurgião ou parteira] fizesse o exame de toque. Com a mulher sentada ou deitada, seria introduzido na vagina, o dedo indicador da mão direita, untado com óleo, com um movimento em linha reta para a parte anterior do cóccix, e a mão esquerda, aplicada sobre a região umbilical da paciente. Assim, “comprimirá suavemente a parede do ventre, a fim de fazer descer o corpo do útero; e se o orifício do mesmo útero se achar comprimido, e oferecer alguma resistência à cabeça do dedo, é sinal decisivo de prenhez” (Costa, 1810, p. 33-34), uma vez que, o útero de uma mulher em estado gravídico, se acha mais contraído.

A melhor posição para realizar parto era com a gestante sentada na cadeira de parteiras, ou encostada a travesseiros, ou ainda na borda da cama firmando os pés em cadeiras ou bancos (ibidem, p. 51).

A cadeira de parteira é uma peça emblemática. Ela fez parte do instrumental de trabalho das parteiras, e na Itália foi imortalizada pelo pintor Giovanni Grevembroch (1731-1807). Este instrumento era uma espécie de cadeira de braço de madeira com dois fortes suportes laterais e um buraco no assento. Ao ser transportada pelas ruas das cidades italianas, funcionava como o badalar de sinos, anunciando que uma criança estava para nascer. Quando uma mulher desejava manter sua gravidez em silêncio, fazia o movimento contrário, e se dirigia discretamente à residência da parteira, quando chegava o momento de dar a luz à criança (Fillipini, op. it.).

⁶⁶ Ele afirma que os seus conhecimentos foram adquiridos com os cirurgiões José Pereira de Mota e Antonio Patrício de Couto e que, parte da sua obra, é baseada em autores clássicos que tratam do tema obstetrícia.

FIGURA 11 - “A miraculosa cadeira de Palermo” – século XVIII



Esta cadeira de parto dobrável, feita de madeira e couro, foi provavelmente projetada na Sicília, Itália. Ela inclui um ícone religioso pintado no ponto onde a cabeça da mulher repousava. Estima-se que esta peça tenha sido usada em até 2000 partos, durante o período em que pertenceu a três gerações de parteiras⁶⁷.

Em Portugal, a cadeira de parteira era bastante utilizada e até mesmo referendada pelos médicos e cirurgiões, conforme podemos ler nos manuais de Costa (1810) e no *Novo Método de Partejar* (1772), dos irmãos Manuel José Affonso e José Francisco de Mello. Seguindo o rastro das cadeiras de partos, Costa-Sacadura e A. Saavedra (1948) localizaram e fotografaram 16 cadeiras de obstetrícia utilizadas em Portugal nos séculos XVII, XVIII e XIX: dois exemplares em Lisboa, treze no Porto e um em Guimarães. Os autores também levantaram uma memória apresentada pelo dr. Justiniano de Melo Franco, à Academia Real das Ciências de Lisboa, em 1816, com o título *Memória sobre a descrição e vantagens de uma cadeira obstetrícia da invenção do Professor Stein, depois reformada, e emendada principalmente pelo professor Osiander*. O dr. Franco nos informa que as cadeiras com espaldar, quase perpendicular e imóvel, foram as mais utilizadas em Portugal. Mas, em sua opinião, aquela não era a cadeira mais adequada ao trabalho da parteira e sim a inventada pelo alemão Stein, que poderia ser convertida em leito⁶⁸.

Voltando ao *Compêndio da Arte de Partos para uso dos praticantes de cirurgia, e parteiras* (1810), Jacinto da Costa apresenta algumas doenças que poderiam aparecer após o parto e como elas deveriam ser tratadas. Eram elas as moléstias de peito ou flegmasia⁶⁹, aneurismas⁷⁰, afrouxamento das paredes do baixo ventre⁷¹, inchações das pernas⁷², hérnias⁷³, hemorróidas, prolapso do útero

⁶⁷ Disponível em:

<<http://www.scienceandsociety.co.uk/results.asp?image=10284323&wwwflag=&imagepos=1>>.

Acesso em 29 jul. 2005.

⁶⁸ Margarida Ribeiro (op.cit.) apresenta uma rica iconografia de objetos relacionados ao nascimento: cadeiras de parteiras, banco parideiro, leitões, berços, tira-leite, dentre outros.

⁶⁹ Quando os seios das mulheres apresentam vermelhidão, dores, calor e inchação. Deveriam ser tratados com cataplasma quente, sangrias com bichas, corte com o bisturi para sair a “matéria” (Costa, 1810, p. 97).

⁷⁰ Definido por Costa (Idem, ibidem, p. 98) como um “tumor de sangue arterial pela dilatação ou rotura das túnicas das artérias. Cura-se com sangrias, dieta e sossego do corpo e da alma”.

⁷¹ Era resultante do parto e poderia ser remediado com ligadura (Idem, ibidem, p. 98).

⁷² Para o cirurgião, as inchações das pernas curavam-se com compressas de ataduras circulares (Idem, ibidem, p. 98).

e do ânus⁷⁴, incontinência urinária, inflamações e/ou dilacerações nas partes genitais.

Jacinto da Costa, cinco anos após ter publicado *Compêndio da Arte de Partos para uso dos praticantes de cirurgia, e parteiras* (1810), editou o *Tratado completo da cirurgia obstétrica, ou ciência da arte de partos* (1815), segundo ele, obra mais ampla que a anterior, concentrando-se nos partos difíceis; portanto, o público que ele desejava atingir, era o dos cirurgiões. Este segmento das artes médicas deveria ser instruído “de maneira que não careça dos conhecimentos necessários para exercer como convém esta parte da Cirurgia, cuja utilidade é superior às demais” (Costa, 1815, p. IX).

Em *Tratado completo da cirurgia obstétrica*, vamos nos ater a duas questões. Comparando os títulos das duas obras de Costa, observamos que na primeira, ele permite que o parto se apresente enquanto “arte”, certamente por ter elaborado um manual destinado também às parteiras; na segunda obra, a palavra “arte” é minimizada e dá lugar a “obstetrícia” e a “ciência”. Assim, Jacinto da Costa deixa clara a divisão entre saberes e ofícios: a “arte de partejar” ficava com as parteiras, e a “ciência dos partos”, com os cirurgiões.

A segunda questão trata da hierarquia da “ciência dos partos” na escala de valores da cirurgia, tornando-a superior às demais operações. Costa fez dois movimentos convergentes de valorização do cirurgião-parteiro, termo já empregado no livro de 1815: de um lado valorizou mais o cirurgião que a parteira por este possuir mais conhecimentos fisiológicos e anatômicos que aquela; e na outra ponta, posicionou o cirurgião que tratava dos partos como superior aos demais, que tratavam dos cortes, ulcerações, amputações etc.

⁷³ As hérnias eram curadas pela compressão dos dedos ou pela incisão sobre a pele (Idem, ibidem, p. 99).

⁷⁴ O prolapso do ânus se curava com remédios tônicos, banhos, compressas com chumaços embebidos em cozimentos adstringentes. Para o prolapso do útero o tratamento era à base de sangrias, cataplasmas emolientes, banhos sedativos e manipulação do útero com as mãos para recolocá-lo no lugar (Idem, Ibidem, p. 99- 100).

FIGURA 12 - Cadeira de parto desmontável – Alemanha (1780-1850)⁷⁵

As Cadeiras de partos foram projetadas para facilitar o trabalho das parteiras.

⁷⁵ Disponível em:
<<http://www.scienceandsociety.co.uk/results.asp?image=10439364&wwwflag=&imagepos=7>>.
Acesso em: 29 jul. 2005.

Desde 1810, Costa⁷⁶ já havia traçado o perfil do cirurgião-parteiro, o qual é ampliado e reforçado em 1815. Suas observações versavam em torno da constituição física do parteiro; sua crença religiosa; sua conduta moral; seu conhecimento da anatomia das partes femininas, das leis e mecanismos da prenhez, do parto e da organização do feto. A conduta profissional devia aliar retidão de caráter e conhecimento adquirido nas lições com os “diferentes autores” e nas aulas práticas à cabeceira da parturiente⁷⁷.

O cirurgião parteiro para ser perfeito, deve ser bem feito de corpo, e forçoso, braços delgados, mãos estreitas, dedos compridos, e flexíveis, e dotados de grande sensibilidade.

Deve ser alegre e ter presença de espírito; bom católico Romano; de bons costumes; não descobrir as faltas do seu próximo, e portar-se com toda prudência.

Deve ter um perfeito conhecimento físico, e anatômico das partes genitais da mulher, assim das duras, como das moles, e tanto internas, como externas.

Deve saber o uso particular de cada uma daquelas partes, e qual sofre mais na prenhez, no parto e depois dele.

Deve saber todas as leis mecânicas da prenhez e do parto, da mesma sorte os vícios ou defeitos particulares, tanto da parte da mãe, como da parte do filho, que possam embaraçar ou retardar o parto, e torná-lo laborioso.

Deve ter todos os conhecimentos necessários para remediar todos os partos laboriosos ou difíceis qualquer que seja a sua causa; os sintomas, que lhes pode sobrevir, e os meios de os aniquilar ou prevenir. (...)

Deve ter inteiro conhecimento da organização particular do corpo do feto, a fim de saber, quando visitar a parturiente nos momentos do parto, qual é a parte que ele apresenta.

Deve saber qual é a posição que há de dar a parturiente, para que o parto se realize com mais facilidade.

Deve saber quais são os casos, e os momentos em que há de batizar a criança, temendo, se o parto for laborioso ou difícil, que ela morrerá sem aquele santo Sacramento.

Todos esses conhecimentos devem ser fundados sobre os conhecimentos anatômicos e físicos, particularmente das dimensões da bacia, explicados, e ensinados a praticar nas Aulas, e à cabeceira da parturiente; sendo além disto indispensável a lição dos diferentes Autores, que tratarão desta tão preciosa parte da Ciência Cirúrgica. (...)

Deve tratar a parturiente com toda a honestidade, não lhe descobrir parte alguma do seu corpo, sem urgente necessidade; ocultar-lhe os

⁷⁶ Jacinto da Costa também foi autor do livro Elementos gerais de cirurgia medica, clinica e legal : obra muito útil, especialmente para a mocidade que se quiser entregar ao estudo da cirurgia (1813), existente na Biblioteca Nacional de Lisboa.

⁷⁷ Sobre o perfil destas parturientes ver o capítulo II.

instrumentos cirúrgicos, com que há de trabalhar, para que ela não esmoreça; e sem perda de tempo antes de tentar grandes operações, a mandará confessar e sacramentar.

Finalmente deve ter um perfeito conhecimento da maneira como se há de reger a mulher, tanto na prenhez, como nos momentos do parto, e depois dele (Costa, 1815, p 13-15).

Por fim, apresentamos a obra do cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém (1775-1849) – *Quadros sinópticos das moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos* (1839). Mazarém foi autor de várias obras sobre obstetrícia, além da citada acima, dentre elas: *Compêndio de obstetrícia* (1823); *Anuário clínico da arte obstetrícia* (1826)⁷⁸; *Compilação de doutrinas obstétricas em forma de compêndio* (1833); *Recopilação da arte dos partos, ou quadro elementar obstetrício para instrução das aspirantes que freqüentam o curso de partos* (1838); *Compilação das doutrinas obstétricas em forma de compêndio para instrução dos que se dedicam ao estudo desta arte* (1833)⁷⁹ e traduziu o *Atlas de estampas de arte obstetrícia* (1842)⁸⁰.

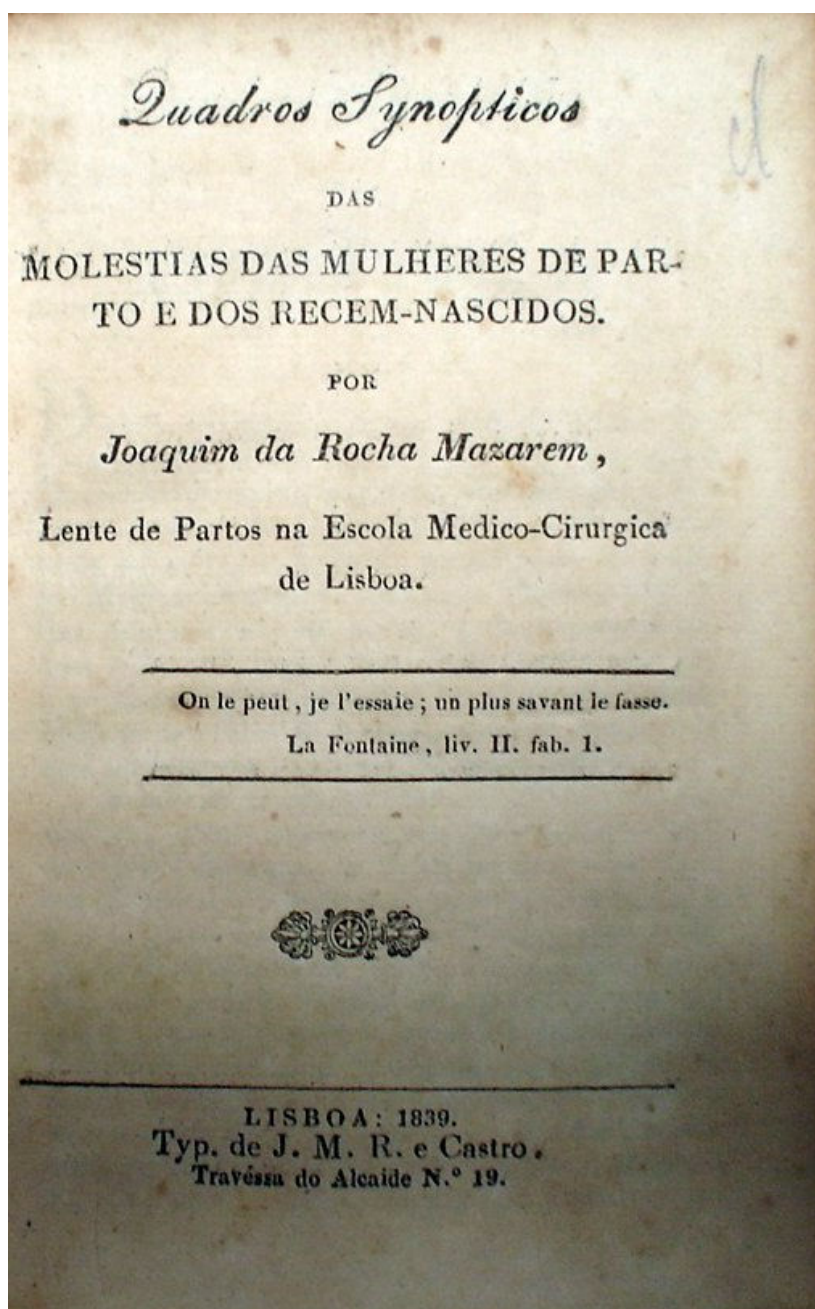
A obra, *Quadros sinópticos das moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos* (1839), está dividida em duas seções: na primeira o autor trata das moléstias que acometem as recém-paridas e, na segunda, as afecções relativas ao recém-nascido. Nossa análise se reportará apenas à primeira seção por conta dos limites desta pesquisa.

⁷⁸ Esta obra foi explorada por nós no capítulo II.

⁷⁹ A primeira edição desta obra data de 1833. A segunda edição, datada de 1843, foi adotada na escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, onde o autor foi Lente de Partos e ministrou o curso para médicos e parteiras.

⁸⁰ Durante nossa permanência em Lisboa não tivemos acesso a algumas obras de Mazarém que estavam em processo de restauração.

FIGURA 13 – Quadros sinópticos das Moléstias das Mulheres de Parto e dos Recém-nascidos



Fonte: MAZARÉM, Joaquim da Rocha. *Quadros sinópticos das moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos*. Lisboa: Tipografia de J. M. R. e Castro, 1839.

Mazarém reconhece que as mulheres se tornavam muito sensíveis durante a gravidez e no pós-parto, muito “impressionáveis” mas, apesar disso, afirma que as recém-paridas não estavam sujeitas a moléstias particulares; contudo o estado especial do seu corpo, um tanto deteriorado pela gestação e parturição fazia que certas afecções lhes fossem mais freqüentes, e se manifestassem com caracteres particulares.

A definição das doenças do parto está permeada por uma concepção fisiopatológica, de fundo vitalista. Sua ênfase recai na forma como as enfermidades se manifestavam, os sinais indiciários das afecções, como progrediam e os meios para conter o curso da doença. Foram elas:

a) As contusões ocorridas na vulva, vagina e no canal da uretra apresentavam tumefação, mudança de cor, aumento de temperatura e dor, causadas pela desproporção entre o tamanho do feto e as partes genitais da mãe, ou pelas manobras feita pelo parteiro, com suas mãos ou com instrumentos. Estas contusões poderiam desembocar em resolução, supuração ou gangrena. No primeiro caso, as contusões deviam ser combatidas com repouso, dieta, asseio, sangrias gerais e locais, medicamentos tópicos emolientes ou ligeiramente resolutivos, bebidas refrigerantes e laxativas. Para a supuração, a medicação tópica consistiria nos cataplasmas supurantes e, se houvesse pus, o parteiro deveria usar o bisturi. No caso da gangrena, ele achava “prudente confiar à natureza a separação das escaras gangrenosas” e não fazer uso das escarificações. As partes doentes deveriam ser lavadas com cozimento excitante e cobertas com cataplasmas anti-sépticas.

b) As rasgaduras acometiam as primíparas de idade avançada⁸¹ e as jovens. Este incidente poderia ocorrer por pressão da criança ou pelo uso do fórceps que, muitas vezes, rasgava o períneo, o septo reto-vaginal e o esfíncter. Nestes casos era recomendada uma sutura e Mazarém preferia a sutura encavilhada à maneira de Montaine⁸².

c) A retenção da urina era provocada pela inflamação da uretra que geralmente ficava edemaciada após o parto. Para enfrentar essa afecção, o parteiro deveria empregar o tratamento antiflogístico com sangrias locais e gerais;

⁸¹ Mazarém não diz que idade é essa.

⁸² Técnica usada no Hospital da Caridade de Lyon, em França.

os banhos e as cataplasmas emolientes; as bebidas emulsentes, refrigerantes e as laxativas; ainda era recomendados a dieta e o uso da algalia [sonda] para extrair a urina (ibidem).

d) A incontinência urinária no pós-parto costumava durar muito tempo e era atribuída à dilatação, paralisia ou rompimento do esfíncter da bexiga. No primeiro caso, a cura ficava por conta da natureza; nos demais casos, Mazarém aconselhava o uso de sonda para retirar a urina e a tentativa de curar a fístula, embora não diga como.

e) O reviramento do útero requeria muita cautela, principalmente em relação à operação, que poderia ter um desfecho funesto. Achava que o parteiro deveria empregar os meios que levassem à redução espontânea.

f) as afecções espontâneas estavam representadas pela metrite, pela peritonite e pela flegmasia alva dolorosa chamada de febre puerperal. Esta era uma moléstia de causa desconhecida e que, quase sempre levava à morte da mulher. Alguns defendiam a tese da infecção purulenta; enquanto outros apostavam num *quid speciale*, “que nasce do *quid ignolum* das diferentes constituições”. Mazarém acreditava que a febre puerperal tinha sua sede nas partes centrais do sistema nervoso, e que as mulheres acometidas por ela eram geralmente de temperamento linfático, de uma plethora serosa, de carnes flácidas e de pele descorada.

Mazarém, chefe da enfermaria de partos do Hospital São José e cirurgião erudito, aliou uma extensa prática às teorias patológicas vigentes sobre as doenças intercorrentes do parto. *Quadros sinópticos* ... revela um cirurgião que não ficou restrito a reproduzir os tratados de obstetrícia, mas alguém que, no cotidiano do hospital, fez das enfermarias o seu laboratório, testou a validade dos tratamentos, realizou autópsias em mulheres que morreram das doenças intercorrentes do parto, pôde conjugar os sinais externos das doenças com o olhar por dentro dos órgãos e tecidos. Suas experiências clínicas e suas publicações são uma síntese da nascente obstetrícia luso-brasileira nas primeiras décadas do século XIX.

Sua obra *Compilação das doutrinas obstétricas em forma de compêndio para instrução dos que se dedicam ao estudo desta arte* (1833) foi adotada pelos professores de obstetrícia em Portugal e, não seria surpresa se, na Bahia, os

estudantes de medicina e as aprendizas de parteira também tivessem bebido nesta fonte⁸³.

Em Lisboa, o Hospital São José e a Escola Régia de Cirurgia iam gradativamente construindo um outro saber, proporcionando aos cirurgiões aprendizado teórico, nos manuais de anatomia e de fisiologia, além de passarem por um treinamento prático na enfermaria Santa Bárbara.

A medicina acadêmica lusitana, aqui representada pela escola lisboeta, estava sintonizada com outros centros europeus, a exemplo da Alemanha, da Inglaterra e da França. No raiar do século XIX, a história da obstetrícia começava a se diferenciar da história do partejamento e esta bifurcação pode ser observada nos manuais de obstetrícia portugueses. Na história da parturição, o parto era um evento social e cabia às parteiras a responsabilidade pelo mesmo; quando este se tornou um evento fisiopatológico, o saber-fazer migrou para as mãos do cirurgião-parteiro e deixou de ser uma “arte” para se tornar a “ciência obstétrica”.

⁸³ O incêndio da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia em 1905, destruindo as obras existentes desde 1808 e a indisponibilidade de acesso ao acervo atual não nos permitiu checar esta informação.

4 O HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO: ENTRE A CARIDADE E A MEDICALIZAÇÃO

O Hospital São Cristóvão, em Salvador, foi criado e administrado pela Santa Casa da Misericórdia da Bahia durante toda a sua existência, ou seja, de 1549, ano da sua fundação, até 1893, quando foi inaugurado o novo hospital da Misericórdia – o Santa Izabel.

O hospital da Bahia só passou a ser chamado de São Cristóvão em fins do século XVII (Ott, 1960; Russel-Wood, 1981). Antes disso foi denominado Hospital de Nossa Senhora das Candeias, Hospital da Cidade do Salvador, ou simplesmente Hospital da Misericórdia¹. Esta última designação foi a mais marcante, a que caiu no gosto da população (Ott, op. cit.). Podemos ainda acrescentar outro nome, bastante utilizado nos documentos oficiais da Santa Casa: “Hospital da Caridade”².

Misericórdia e caridade foram as palavras mais marcantes para designar o hospital administrado pela Santa Casa. Estas palavras nos dão indícios sobre o sentido que permeou a função daquele nosocômio, quando interpretamos os

¹ Estas informações podem ser encontradas em Alberto Silva (1963).

² Estamos nos referindo aos relatórios apresentados pelos Provedores à Junta da Irmandade por ocasião da posse, que costumava ocorrer em julho de cada ano; aos Livros de Ata da Mesa; aos Livros de Termo da Junta; à Correspondência da Provedoria, dentre outros documentos existentes no Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

termos misericórdia e caridade no âmbito das experiências individuais e coletivas, dependentes de referências culturais.

O século XIX trouxe a necessidade de modernizar o espaço hospitalar, reorganizando-o à luz dos preceitos das ciências médicas. Como caridade e medicalização conviveram no Hospital São Cristóvão? O hospital baiano percorreu caminhos semelhantes ao Hospital São José? Nosso propósito é responder a esta questão, a partir da compreensão do funcionamento do hospital sob a administração da Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

Identificamos e analisamos o perfil da população enferma, a partir da cor, do “estado matrimonial”, da condição jurídica, da idade, do gênero e da ocupação. Estes dados revelaram um hospital muito mais “branco” e menos indigente do que acreditávamos a princípio. Ao tempo em que reforçou a imagem da Salvador colorida e multifacetada, tão bem construída pela historiografia baiana.

Ao tratar das enfermidades que mais acometeram aqueles que procuraram o hospital, constatamos que o parto e as doenças de mulheres não receberam, no Hospital São Cristóvão, a mesma atenção dispensada pelo Hospital São José, em Lisboa.

As principais fontes primárias utilizadas neste capítulo encontram-se no Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia. Foram elas: as *Correspondências da Provedoria* (1850, 1853, 1855), o *Livro de Receita e Despesa dos Gêneros que se Compravam para os Doentes do Hospital* (1843-1844), *Livro de Assentamento de Escravos* (1830-1840), *Livro de Ata da Mesa* (1834-1846), *Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa* (1831-1861), *Livro de Termo da Junta* (1834-1870), e os *Livros de Assentos das Pessoas que Entraram no Hospital*, para os anos de 1823, 1830, 1835, 1840, 1848, 1849, 1850 e 1851. Esta última série documental, referente à entrada de doentes no Hospital São Cristóvão, por sua característica anual, seriada e contínua, nos permitiu verificar quem era a população doente, nos mais diversos matizes: cor, sexo, ocupação, “estado matrimonial”, nacionalidade, condição jurídica. Devido ao grande volume de documentos e à restrição do tempo da pesquisa, adotamos o método de amostragem.

A identificação das doenças é um grande desafio para o historiador, pois algumas nomenclaturas são muito peculiares da região e do período, uma vez

que a nosografia não era padronizada. Além disto, nem todos os livros de assentos de pacientes que selecionamos trazem o registro regular da doença. Para não incorrer em anacronismos, interpretamos as enfermidades e suas terapêuticas a partir do *Dicionário de Medicina Popular* do dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, uma obra do século XIX. Destacamos também *O Athenêo*, periódico médico baiano da primeira metade do século XIX que, ao tratar das doenças mais comuns em Salvador, nos permitiu vislumbrar quais as ferramentas intelectuais eram utilizadas pela medicina para caracterizar a “ausência da saúde”.

4.1 O CONTATO COM A HISTORIOGRAFIA

Poucos são os trabalhos historiográficos que tratam do hospital São Cristóvão³. O que encontramos são estudos sobre a Santa Casa da Misericórdia da Bahia em seus múltiplos aspectos assistenciais, e, dentre eles, a fundação e manutenção do hospital. Assim, optamos por não repetir informações já contidas nas obras que tratam da origem da Santa Casa da Misericórdia da Bahia e da criação do Hospital⁴. Setorizamos a nossa análise na medicina desenvolvida nas enfermarias do Hospital São Cristóvão e como esta se equilibrou entre as demandas científicas e a prática caritativa, eixo das ações da Misericórdia.

³ Sobre o funcionamento do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, ver Tânia Salgado (2003). Há também o trabalho de Mary Karasch (2000) que, ao estudar a vida dos escravos, utilizou os documentos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro para traçar o quadro das doenças que mais os matavam, entre os anos de 1833-1849.

⁴ Entre 1949-1953, Carlos Ott, na época pesquisador de DPHAN (Diretoria do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional), trabalhou nos arquivos da Misericórdia baiana e, em 1960, publicou *A Santa Casa da Misericórdia da Cidade do Salvador*, um estudo monográfico que trata da fundação da Irmandade, da construção do edifício sede e do patrimônio artístico. Em que pese o objetivo de Ott, de estudar o patrimônio arquitetônico e artístico daquela confraria, ele acabou por arrolar fontes primárias que permitiram reconstituir a história da fundação do Hospital São Cristóvão no século XVI e algumas intervenções no edifício, adequando-o às demandas da cidade do Salvador nos séculos XVII e XVIII. O seu olhar se manteve sobre o espaço físico organizado por meio do agenciamento urbano e da edificação, sem mergulhar nas atividades ali desenvolvidas, ou seja, nas práticas curativas dos médicos, enfermeiras, sangradores, boticários e outros. O trabalho de Paulo Segundo da Costa (2000), com o título *Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (São Cristóvão e Santa Izabel)*, foi publicado por ocasião da comemoração dos 450 anos da Irmandade baiana. O autor, sem pretensão de fazer um trabalho historiográfico, descreveu a inserção da Misericórdia da Bahia como fundadora e mantenedora de serviços de assistência à saúde da população baiana, como o Hospital São Cristóvão, o Hospital Santa Izabel, a Maternidade Climério de Oliveira, a Escola de Enfermagem, dentre outros.

A obra mais conhecida sobre a Santa Casa da Misericórdia da Bahia foi escrita por Russel-Wood, publicada em 1968, nos Estados Unidos e no Brasil⁵. Em *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*, o autor realizou um trabalho de fôlego e dedicou um capítulo do seu livro ao Hospital São Cristóvão. Para os idos coloniais, ele afirmou que “o hospital estava atrás das outras atividades da irmandade no campo da filantropia social” (Russel-Wood, 1981, p. 214-215), por não ser a que conferia mais prestígio social.

Outros estudos sobre as Misericórdias portuguesas apontam um caminho oposto ao traçado por Russel-Wood, no que diz respeito à atenção reservada à administração dos hospitais. Foi na assistência à saúde da população, principalmente com a administração dos nosocômios, que muitas Misericórdias adquiriram visibilidade social. Isto se dava porque, para além do patrimônio que traziam, os hospitais criavam condições propiciadoras de novas fundações pias, no âmbito da difusão da idéia de que a passagem pelo Purgatório era uma quase inevitabilidade para quem aspirava à salvação eterna, e as missas perpétuas eram o melhor passaporte para o paraíso (Abreu, 2002).

A concepção de doença adotada por Russel-Wood está ancorada no princípio explicativo das três raças (branca, negra e indígena), cada qual propensa a desenvolver certos tipos de enfermidades. Segundo o autor, esta diversidade étnica tornou a Bahia [Salvador] um “terreno anormalmente fértil para o aparecimento de doenças” (op. cit., p. 205). Acrescentou ainda outros três aspectos contributivos para a intensa pestilência que assolava a capital baiana: a sujeira da cidade, a falta de fiscalização do Conselho Municipal quanto à higiene dos alimentos e dos medicamentos, e a ausência de inspeção dos navios que ancoravam no porto de Salvador.

Russel-Wood (op. cit.) afirmou que as doenças prevalentes para o período colonial estavam divididas em três grupos: primeiro, as *doenças tropicais* como a malária, febre amarela, lepra e as febres; segundo, as *moléstias resultantes das condições climáticas*, a exemplo dos resfriados que se transformavam em inflamação dos pulmões, tuberculose, febres reumáticas e

⁵ Trabalhamos com a edição de 1981.

sezões; e por fim as *doenças de origem sócio-econômica*, que são as do aparelho digestivo, a desnutrição, o sarampo, a varíola, a sífilis e o escorbuto.

Quanto à população atendida no Hospital São Cristóvão, ele afirmou que eram os indivíduos de “segunda classe”, divididos em quatro sub-grupos: primeiro, as pessoas de cor e os brancos pobres; segundo, os estrangeiros; terceiro, os soldados da guarnição; quarto, os soldados e marinheiros dos navios de guerra (ibidem, p. 221).

Outra autora que muito tem contribuído para o estudo das Misericórdias em território de colonização portuguesa, incluindo a Bahia, é Isabel dos Guimarães Sá. Ela argumenta que a fundação das Misericórdias em Portugal e em suas colônias reflete uma cultura que buscou na religião a justificação das hierarquias sociais, e que transpôs para o terreno social as regras de obediência, subserviência e convivência clientelar (Sá, 2001). Desta forma, as Misericórdias também desempenharam uma função política no processo de construção do Estado Português, ao transplantar para o ultramar os valores e as regras semelhantes às da metrópole. Houve uma relação de mão dupla entre Misericórdias e poder Real. Se as confrarias deram ao império um caráter de homogeneidade, por sua vez, o apoio régio fez com que elas ultrapassassem um nível meramente regional.

Parte da obra de Isabel dos Guimarães Sá - *Quando o rico se faz pobre* (1997) - estuda a Santa Casa da Misericórdia da Bahia no contexto do império português, centrando sua análise na confluência dos interesses régios e das elites locais na tutela das instituições de caridade. A autora afirma que a Misericórdia baiana viveu um período de decadência na segunda metade dos Setecentos, atribuída à pressão das elites locais sobre os recursos econômicos da irmandade.

As dificuldades financeiras da Misericórdia decorriam de condicionantes estruturais de composição da irmandade, devido à pressão que os irmãos exerciam constantemente sobre as finanças da Casa. A Misericórdia ajudava antes de mais os irmãos e não os pobres: eram estes que pediam dinheiro emprestado sem assegurar quer o pagamento de juros quer de dívida. A presença de amigos e familiares nos cargos de direção servia com garantia de que não seriam pressionados a pagar juros e dívidas (Sá, 1997, p. 218).

Sá interpretou alguns aspectos relacionados com a assistência administrada no Hospital São Cristóvão, o enterro de escravos, crianças e irmãos, na segunda metade do século XVIII. Este recorte temporal vai ao encontro dos estudos de Russel-Wood, que se encerram em 1755, ou seja, na primeira metade dos Setecentos.

A análise que Sá realizou com os dados dos doentes do Hospital São Cristóvão, entre os anos de 1778 e 1799, revelou uma população enferma que se afasta do perfil apresentado por Russel-Wood. Ao invés dos cidadãos de “segunda classe”, aparece como doente típico o homem branco, nascido em Portugal; a população masculina superou, em muito, a feminina; e predominaram os solteiros.

Tomamos Russel-Wood e Isabel dos Guimarães Sá como ponto de partida, como interlocutores permanentes para dialogar sobre a Bahia, o Hospital da Caridade e a população enferma, resguardando as diferenças de periodização e de contexto político. Todavia, os resultados que apresentamos neste trabalho mostram uma descontinuidade entre a Bahia estudada por ambos e esta que ora apresentamos. E temos convicção de que, para a segunda metade dos Oitocentos, o panorama será outro.

4.2 A AÇÃO SOCIAL DA MISERICÓRDIA NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE, EM SALVADOR

Como mostramos no capítulo II, foi no contexto de fundação de instituições laicas, sob proteção real e aval da Igreja, que nasceram a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a da Bahia. A Misericórdia de Lisboa, fundada em 1498, foi a primeira a ser criada e aquela que forneceu o modelo organizacional para as demais. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia foi coetânea à fundação da cidade do Salvador em 1549, e se tornou a irmandade mais protegida pelo governo, possuindo prerrogativas exclusivas, como recolher da força condenados que não morriam no primeiro arranco da corda e enterrar os defuntos sem distinção de classe e de cor (Ott, 1960). Pela sua direção passaram representantes da elite baiana como governadores, bispos, padres, negociantes, senhores de engenho, dentre outros representantes de poder e prestígio social e

político. Participar da confraria significava ascender socialmente, destacar-se dos demais, estar no topo de uma sociedade demarcada por hierarquias.

A Santa Casa da Misericórdia da Bahia adotou o compromisso de 1618 da Misericórdia Lisboa⁶, e os casos omissos ou os ajustes que se faziam necessários em decorrência das demandas políticas eram promovidos pela Junta. Ao longo da primeira metade do século XIX, algumas tentativas de reforma do velho compromisso foram encaminhadas, mas nenhuma chegou ao fim. Este esforço foi registrado nas Mesas de 1831, 1832, 1833, 1834, 1844 e 1845 (Damázio, 1862).

Couberam às Misericórdias a garantia do sistema de assistência pública, a exemplo da organização e administração de casas para recolhimento de mulheres viúvas e órfãs; o amparo e os cuidados para com as crianças abandonadas; a concessão de dotes a moças pobres e casadoiras; o zelo aos presos; os cuidados com os doentes, fosse na residência destes ou no hospital; a administração de cemitérios e do enterramento, não apenas dos seus membros, como de todas as pessoas que não estivessem ligadas a qualquer irmandade.

A monarquia portuguesa optou por deixar a administração dos hospitais a cargo das Misericórdias por razões de ordem financeira, uma vez que esta irmandade possuía recursos que suportavam os encargos dos nosocômios. Até a administração pombalina, coube aos hospitais de caridade tratar dos soldados da Coroa, uma transação que conferia vantagens tanto para o erário régio, pelo baixo custo, como para a confraria que se mantinha ligada ao rei, desfrutando de concessões régias (Sá, 1997).

O Hospital São Cristóvão foi um dos braços misericordiosos da Santa Casa baiana, encarregado de oferecer cuidados médicos à população residente ou flutuante. Os registros da irmandade demonstram que ela prestou assistência médico-cirúrgica aos presos, soldados, estrangeiros, marinheiros, alienados, mendigos e escravos. Este nosocômio foi o único da cidade de Salvador a abrir suas portas para todos os indivíduos, independentemente do estatuto jurídico, matrimonial, étnico e econômico.

⁶ O Compromisso de 1618 estendeu-se a todas as Misericórdias do Reino que não possuíam regras especiais.

A irmandade da Misericórdia, composta pela elite local e muito próxima ao poder, posicionou-se contra a fundação de outros hospitais que pudessem drenar parte de seu público e, conseqüentemente, a renda oriunda daqueles “curativos”. Em 1736, a Irmandade do Corpo Santo quis fundar um hospital para atender aos marinheiros, chegando a receber algumas contribuições daquele segmento. A Santa Casa protestou, alegando que a sua congênere não possuía meios para construir um hospital, inviabilizando assim o projeto da concorrente.

Em 1755, outra irmandade, dessa vez a de São Lázaro, que já possuía uma casa onde recolhia “algumas pessoas pobres que da terra ou dos navios da África chegam atacados de males contagiosos” (apud Ott, 1960, p. 128), desejou capitalizar os recursos régios que seriam destinados à fundação de um Lazareto em Salvador. A tentativa malogrou e o leprosário foi fundado pelo poder régio em 1787 na Quinta dos Padres, que fora dos Jesuítas, destinado a recolher, tratar e curar morféuticos de ambos os sexos, sem distinção de condição jurídica, naturalidade e religião.

Em 1778, o governo da colônia, em consonância com as mudanças decorrentes da administração pombalina, converteu o Hospício da Palma⁷ em Hospital Militar (APEB - maço 5276). A princípio, a Santa Casa perderia a prerrogativa de curar os soldados, mas esta situação foi revertida quando o Hospital Militar passou a ser administrado também pela Misericórdia.

O Hospital São Cristóvão, pelo número de doentes atendidos que chegava anualmente à casa do milhar, vindos da capital, do recôncavo, de outras províncias e do exterior⁸; pela associação com o poder público na prestação de serviços ao corpo militar, aos encarcerados e aos marinheiros; pela sua associação com o ensino médico, dentre os demais espaços de cura no século XIX, foi o mais importante da Bahia.

Em 1844, o Presidente da Província da Bahia, Joaquim José Pinheiro de Vasconcellos, afirmava que as casas de caridade iam preenchendo o fim principal

⁷ Iniciado em 06 de março de 1693 pelo Frei Alípio da Purificação, Comissário Geral dos Agostinianos (APEB, maço 5276).

⁸ Em 1833, a Mesa do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Nazaré (Recôncavo sul da Bahia) encaminhou para o Hospital São Cristóvão dois doentes de moléstias crônicas, alegando não ter meios para tratá-los (SCMBA, Correspondências do Provedoria, 1833). A transferência de doentes do interior da Província para a capital demonstra que o Hospital São Cristóvão era um centro catalisador de tratamento de enfermos.

para que foram criadas: “o de alimentar, educar e curar as pessoas miseráveis” (Vasconcellos, 1844, p. 17). Este pronunciamento espelha a intrínseca relação estabelecida na Bahia entre caridade e serviços públicos, implantada pelo Estado Régio português com o aval da Igreja e preservada após a independência política do Brasil.

4.3 O FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL

O Hospital São Cristóvão funcionou até 1833 em pequenas casas situadas nas imediações, ao sul e oeste da sede da Misericórdia⁹. Na segunda década do século XIX, o hospital encontrava-se impossibilitado de atender à demanda de doentes. Em 10 de Janeiro de 1814, os médicos João Ramos de Araújo e José Avelino Barbosa notificaram a Mesa que o Hospital era insuficiente para tratar o número de doentes que aparecia diariamente, ressaltando o aumento da população e a “gente do mar” nacional e estrangeira que deveria ser recebida e curada no São Cristóvão. Os facultativos pediam a transferência do Hospital para outra localidade com mais espaço para as enfermarias e afastado de locais populosos (Damázio, 1862, p. 45), pois, de acordo com os postulados higienistas, os nosocômios exalavam miasmas que contaminavam o ambiente.

Em 1832, por decreto da Regência Imperial brasileira, foi extinto o Hospital Militar que funcionava no antigo Colégio dos Jesuítas, localizado no Terreiro de Jesus. Em 02 de julho de 1833, o Hospital São Cristóvão foi transferido para o local onde estivera o Hospital Militar. A prática de transferir os hospitais para os prédios que pertenceram à ordem dos Jesuítas já havia sido aplicada ao Hospital São José, em Lisboa, e se repetiu na Bahia.

A concessão feita à Misericórdia, pelo então Presidente da Província, Barros Paim¹⁰, seria provisória até que esta irmandade concluísse a construção do novo hospital no largo de Nazaré, iniciada em 1828, que viria a ser o Hospital Santa Izabel, inaugurado em 30 de julho de 1893 (Costa, 2000). Os claustros do Colégio dos Jesuítas, em Salvador, foram transformados em enfermarias para o

⁹ Este prédio localiza-se na Rua da Misericórdia, n.º. 6 e, atualmente, encontra-se em restauração.

¹⁰ Honorato José de Barros Paim (26/06/1831 a 04/06/1832). Ver Tavares (2001).

Hospital São Cristóvão, com capacidade para cerca de 300 doentes (APEB, Pacífico Pereira, 1892, maço 5286).

As enfermarias eram divididas entre medicina e cirurgia, refletindo assim a clássica divisão das ciências médicas, e também por sexo. Em 1840 havia um total de 10 enfermarias, sete destinadas aos homens e três para as mulheres.

TABELA 13 – Enfermarias do Hospital São Cristóvão em 1840

SEXO	MEDICINA	CIRURGIA
Homens	São Lino São Francisco Inválido	São Fernando São Cristóvão Inválido São Roque
Mulheres	1. ^a Assunção Inválida	2. ^a Assunção

Fonte: SCMBA, Livros 14^o de assentos das pessoas que entraram no Hospital (1837-1841).

Em relação ao quantitativo das enfermarias, a situação mudou do século XVII para o XIX. A descrição do Hospital, apresentada por Sá (1997) para o ano de 1694, mostrava que este possuía capacidade para absorver 180 doentes em seis enfermarias: a *das febres*, que agrupava doentes sem feridas abertas; a *das chagas*, com os feridos; a *do azougue*, onde ficavam os sífilíticos e os loucos; a *dos convalescentes*; a *das mulheres* e a *dos incuráveis*.

O espaço destinado às mulheres mais que dobrou em dois séculos, passando de uma para três enfermarias em consequência do crescimento populacional feminino da cidade de Salvador, fenômeno oposto ao período colonial, quando a população era maioritariamente masculina.

4.3.1 Os que trabalham

O Hospital era administrado pela Santa Casa da Misericórdia, dirigido por provedor e mesário, dos quais um era o mordomo do hospital e sobre ele exercia imediata inspeção e fiscalização. Até meados do século XIX, não localizamos médicos ou cirurgiões desempenhando tais funções administrativas. Em Lisboa a situação foi muito diferente, pois os médicos e cirurgiões passaram a dar o tom administrativo do Hospital São José, conforme mostramos no capítulo II.

Para executar os serviços de limpeza, cozinha, lavanderia e carregamento de peso, a Santa Casa contava com escravos. Alguns estiveram mais próximos dos médicos e estudantes, a exemplo dos barbeiros que aplicavam as “bichas” e faziam a higiene pessoal dos enfermos (APEB, maço 6418). Todavia, não conseguimos apurar um grande número de sangradores nas dependências do hospital e, a partir dos anos 40, com a contratação de pessoas alfabetizadas para auxiliar os facultativos a cuidar dos doentes, com a existência de mais cirurgiões formados pela escola baiana, com a grande proximidade entre o hospital e a Faculdade de Medicina, ambos funcionando no mesmo edifício, a atuação do barbeiro de origem africana tornou-se mais restrita.

Alguns escravos que serviam à Santa Casa tinham sido tratados no hospital e os seus donos não apareceram para pagar o curativo, nem para reclamar a sua “propriedade”, ficando o escravo à mercê da irmandade (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 15/10/1837). Outros ingressaram através de compras e de legados por intermédio das disposições testamentárias. Desta forma, o Hospital São Cristóvão reproduziu a lógica do sistema escravista, reservando aos negros os serviços mais pesados e considerados menos qualificados.

Havia também os funcionários assalariados em todas as hierarquias, desde a portaria, passando pelo atendimento médico e culminando com a atenção espiritual. Consta no registro contábil da Santa Casa o pagamento anual de 800 mil réis, em 1844, ao médico Antonio Polycarpo Cabral (1789-1865)¹¹ (SCMBA, Folha de Vencimentos dos Empregados, 1844, f. 35 – frente e verso); o dr. Jonathas Abbott, cirurgião do Hospital, recebeu neste mesmo ano 600 mil réis, 25% a menos que o seu colega (ibidem, f. 36 – frente e verso). Uma vez que as enfermarias de cirurgia eram em quantidade igual às de medicina, a diferença salarial não pode ser atribuída a menor número de doentes aos cuidados do cirurgião. Portanto, tal disparidade de vencimentos demonstra que no Hospital São Cristóvão a cirurgia era vista como um ramo inferior da medicina.

Havia médicos que prestavam serviço voluntário, a exemplo de George R. Fairbank, que assinou um termo de compromisso com a Mesa para atender

¹¹ Formou-se em medicina pela Universidade de Coimbra. Na escola da Bahia foi professor de Química Médica, Princípios Elementares de Mineralogia e Clínica Interna (Oliveira, 1992).

gratuitamente casos de oftalmia¹² dentro do Hospital São Cristóvão. A Mesa manifestou interesse, uma vez que esta doença era freqüente no hospital (ver tabelas 36 e 37), mas impôs algumas condições: os doentes com oftalmia iriam para as enfermarias já existentes, já que não havia possibilidade de abrir outra para atender ao pedido do médico; o dr. Fairbank iria visitar e tratar os doentes nos dias de segunda-feira, terça-feira e quarta-feira, de cada semana; as visitas aos doentes e a terapêutica empregada deveriam ter fins didáticos, associados ao aprendizado dos alunos do curso médico; e, por fim, o trabalho do médico estaria isento de qualquer estipêndio ou gratificação (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, 16/08/1832, f. 10 – frente e verso).

O salário do administrador do Hospital, Sr. Luís Antonio Baltazar da Silveira era de 900 mil réis, um pouco superior ao dos facultativos (ibidem, f. 37 – frente e verso). Esta função era desempenhada por um indivíduo que não possuía formação médica e seu raio de atuação limitava-se ao controle dos custos e a manutenção da ordem, principalmente, no que diz respeito ao grupo de funcionários.

O capelão, mediante um contrato privado com a Misericórdia, era encarregado da assistência espiritual dos enfermos e moribundos. Recebia por ano 190 mil réis, sendo 170 de salário e 20 de gratificação (ibidem, f. 38 – frente e verso). Segundo Kátia Mattoso (1992), o padre-capelão era de modo geral mal remunerado; por isso, a irmandade fazia uso das gratificações como complementação salarial.

O corpo de enfermagem recebia vencimentos infinitamente menores que os facultativos. Em 1º de março de 1832, a Santa Casa admitiu Joanna Maria da Rocha Dorea, recebendo um ordenado de 60 mil réis, pagos a quartéis¹³ (Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, f. 4 – frente); em 16 de junho de 1832, foi contratado Luís Gomes, com o ordenado de 80 mil réis, também pagos a quartéis. Em 1837, cresceu o número de doentes e mais enfermeiros foram admitidos (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 15/10/1837, p. 32). Os enfermeiros Jacinto José Pinheiro, Bernardino Marques, Joaquim de Santa

¹² Inflamação do olho ou das pálpebras, também chamada de conjuntivite (Chernoviz, 1878, p. 508).

¹³ Pagamento trimestral.

Anna Souza, José Joaquim, Ana Maria da Encarnação e Maria do Carmo receberam gratificação de dez mil réis anuais por terem apresentado um comportamento considerado adequado, segundo a Mesa (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 25/08/1836, p. 21).

Os enfermeiros eram homens e mulheres alfabetizados, cujas assinaturas constam no contrato de prestação de serviços. Era necessário que o(a) enfermeiro(a) soubesse ler e escrever para compreender as instruções médicas e ministrar corretamente os remédios (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa). Um dos grandes problemas enfrentados pelo Hospital São José, em Lisboa, foi o analfabetismo dos servidores internos, o que levava à troca de remédios e erros na dosagem e no horário.

A porteira, Maria Constança do Coração de Jesus, contratada em 27 de março de 1835 (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 27/03/1835, p. 07), cerca de um ano após sua nomeação, foi contemplada com uma gratificação no valor de dezesseis mil réis por bom comportamento e assiduidade; José Francisco Godinho foi admitido como porteiro do hospital em 02 de agosto de 1832, com um ordenado anual de 80 mil réis anuais, pagos em quartéis e com direito a uma refeição diária (Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, f. 09 - verso).

A Santa Casa costumava dar bônus aos assalariados desde os tempos da colônia, sob o argumento de que, sem este atrativo, não se encontrariam homens brancos que desejassem servir à Misericórdia, na condição de empregado (Sá, 1997). A premiação dos bons porteiros e enfermeiros fez parte de uma estratégia para resolver os inúmeros problemas com estes serventuários, a exemplo da “balbúrdia” nas enfermarias¹⁴ e dos “abusos” nas dependências do hospital (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 20/06/1836).

Uma segunda estratégia foi empregar na enfermagem as recolhidas da Santa Casa que tivessem idade suficiente, bom comportamento e que soubessem ler e escrever. Mas, esta alternativa foi provisória, pois a Mesa optou por convidar as irmãs de São Vicente de Paula, acreditando que a presença destas religiosas como enfermeiras e diretoras do serviço interno resolveria os problemas

¹⁴ Vide o capítulo II, que trata do corpo de enfermagem do Hospital São José. Ver também Tânia Salgado (op. cit.).

administrativos que o hospital apresentava, ao mesmo tempo que reforçava a caridade cristã. Caberia às irmãs vicentinas vigiar os doentes, aplicar os remédios nas horas prescritas, ajudar a fazer os curativos, inspecionar e dirigir os serviços da cozinha, fiscalizar a roupa suja e enviar para lavagem (SCMBA, Livro de Termo da Junta, 11/06/1847, p. 23-26).

A decisão de inserir as religiosas no cotidiano do hospital foi tomada pela Mesa em 1847, quando era provedor D. Romualdo Antonio de Seixas (1788-1860)¹⁵, arcebispo primaz do Brasil, ultramontano¹⁶, conservador e reformador da Igreja Católica¹⁷. Ele envolveu-se pessoalmente nesta negociação com a Congregação francesa de São Vicente de Paula¹⁸ e entre junho e agosto de 1853, período que antecedeu a chegada das 11 irmãs de caridade à Bahia, D. Romualdo solicitou ao Provedor Francisco José Godinho a liberação de 600 mil réis para custear a instalação delas, bem como sugeriu que o provedor fosse recepcioná-las no Arsenal da Marinha (SCMBA – Correspondências da Provedoria, 01/06/1853 e 04/08/853).

Na compreensão da Mesa, as religiosas, além de atenderem às demandas do hospital, possuíam prerrogativas exclusivas para executar “certos detalhes do serviço que só mulheres os podem bem desempenhar”, por conta da docilidade, paciência, carinho, minúcia, que não podem “de maneira alguma ser bem executados por indivíduos de outro sexo”. As irmãs foram comparadas a anjos “benfazejos” que, com suas palavras consoladoras, atenuariam o sofrimento do doente, inspiradas na religião e na virtude (SCMBA, Livro de Termo da Junta, 11/06/1847, p. 24).

¹⁵ Nasceu em Camitá (PA), foi educado pelo tio materno, o padre Romualdo de Souza Coelho. Iniciou sua educação religiosa aos oito anos no Seminário Episcopal de Santa Maria de Belém e concluiu no convento de Santo Antonio de Belém. A seguir, foi para Lisboa, onde completou sua formação com os oratorianos do Real Hospício das Necessidades. De volta ao Brasil em 1805, foi ordenado padre dez anos depois e deslançou rapidamente na carreira eclesiástica. Em 1827, foi nomeado arcebispo da Bahia e tornou-se um grande reformador da Igreja, sendo muito respeitado pelas elites conservadoras e pelo governo. Envolveu-se na vida política, onde foi deputado nas Cortes de Lisboa, deputado a Assembléia Geral pelo Pará (1826-1829) e a Assembléia da Bahia (1835-1841) (Silva e Azzi, 1981). Foi diversas vezes provedor da Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

¹⁶ Ultramontanismo: sistema dos que defendem a autoridade absoluta do Papa em matéria de fé e disciplina (Holanda, *Dicionário Eletrônico*)

¹⁷ Sobre a atuação de D. Romualdo Antonio de Seixas como reformador da Igreja Católica ver Mattoso (1992), Silva e Azzi (1981).

¹⁸ No Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia há uma vasta documentação envolvendo a vinda das irmãs vicentinas.

4.3.2 O abastecimento do hospital

O Hospital São Cristóvão era mantido pelas doações das famílias abastadas do Recôncavo, dos comerciantes, dos estrangeiros que morriam nas enfermarias e, como última opção, doavam seus poucos pertences para a instituição que os acolheu, a Santa Casa. A mesma opção era feita pelos pobres que, apesar das poucas posses, deixavam para a irmandade objetos de uso pessoal, roupas e mobiliários. José da Costa Barbosa, falecido em 1817 no arraial de Muritiba - próximo à Vila de Cachoeira - legou para o Hospital a quantia de 400 réis (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais serventuários da Casa, 25/01/1833, f. 16 – frente).

Além das doações, a receita para manutenção do Hospital vinha do Estado, através de contratos firmados com a provedoria da Santa Casa, referente aos cuidados médico-cirúrgicos dispensados aos presos, soldados e marinheiros; das rendas de propriedades rurais pertencentes à Santa Casa, a exemplo da Fazenda de Saubara, que destinou parte do rendimento do ano de 1840 às despesas do hospital; das loterias organizadas principalmente para bancar a construção do hospital Santa Izabel; e, também, do pagamento efetuado por doentes que tinham como arcar com os custos do tratamento.

Cobrava-se daqueles que tinham condição de pagar com os serviços curativos, e os que viviam na mais absoluta pobreza eram enviados para o Hospital portando um pedido de internamento assinado por uma autoridade, como o delegado de polícia, o provedor, o presidente da Província e representantes consulares. Em 1835, a Mesa aumentou o valor do curativo e deliberou que os indivíduos livres e escravos que tivessem de se curar às suas custas deveriam pagar mil réis diários (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 13/06/1835, p. 8 – verso; Livro de Termos da Junta, 13/09/1849, f. 6 - verso).

Os devedores, quando eram chamados para liquidarem os débitos, geralmente lançavam mão de artifícios para se desobrigarem do pagamento, como fez D. Maria do Espírito Santo diante da conta a pagar pelo tratamento do seu marido José Ferreira Guimarães. Ela alegou que se encontrava em péssima situação financeira, ainda com filhos pequenos para criar e educar; portanto,

propôs reembolsar a Santa Casa apenas o equivalente a comida consumida pelo seu cônjuge (SCMBA, Correspondência da Provedoria, 13/06/1850).

O hospital era, em parte, abastecido pelos víveres que vinham das fazendas administradas pela Santa Casa, a exemplo daquela localizada em Saubara (SCMBA, Livro de Termos da Junta, 13/09/1849, f. 6 – verso). Os produtos que não provinham destas propriedades eram adquiridos no mercado local, mediante a assinatura de um contrato. Em 30 de Outubro de 1831, o padeiro Joaquim Francisco de Lacerda se comprometeu a fornecer pão para o hospital mediante as seguintes cláusulas:

Que o pão deve ser entregue na Despensa às 6 horas da manhã, impreterivelmente.

Que cada pão deve ter o peso de uma quarta¹⁹.

Que o pão deve ser feito sempre no mesmo dia.

Que aqueles pães que forem rejeitados, serão comprados pelo Sr. Mordomo da Despensa a custa do fornecedor.

Que terá lugar a rejeição sempre que se houver de faltar a qualquer das condições e quando os pães não forem bem amassados, bem cozidos e de melhor farinha.

Que o tempo de fornecimento será de uma paga [um mês] (...) a preço de cinqüenta e nove réis a libra (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, 30/10/1831, f. 7 – frente).

Em 29 de Setembro de 1832, o Sr. José Francisco de Mello firmou compromisso com a Mesa para fornecer carne verde ao hospital por 2.500 réis a arroba. Assim como o pão, a carne estava cercada de cuidados, pois este era um dos gêneros alimentícios mais sujeitos a provocar enfermidades, segundo os médicos.

Que será obrigado a fornecer a Despensa todos os dias com a melhor carne que houver, e com a porção que lhes for exigida pelo respectivo Administrador.

Que conhecendo-se não ser boa terá lugar a rejeição [e será devolvida e deduzido o custo].

Que este contrato terá princípio no 1º de Agosto próximo e findará no último dia de Setembro (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, 30/10/1831, f. 8 – verso).

¹⁹ Segundo Russel-Wood (op. cit.), uma quarta correspondia a 9,07 litros.

O Livro de receita e despesa diária do Hospital registrou, em 10 de Fevereiro de 1844, a compra de galinhas, farinha de trigo, manteiga de vaca, aletria²⁰, banha de porco, aguardente, vinagre, sal, azeite doce, alho, azeite de mamona, toucinho, café, feijão, arroz, chá hysson, papel almaço, farinha de mandioca, leite e água potável.

O hospital despendia uma certa quantidade de produtos para alimentar cinco doentes brancos ou mestiços²¹, a saber, 185 libras de carne verde (85 kg), 104 libras de arroz (48 kg), duas oitavas de chá (7,2 g), 54 onças de farinha de trigo (1,6 kg), 362 onças de pães (10,4 kg), 399 onças de açúcar (11,5 kg), 6 onças de vinho tinto (172,8 g), 20 quartos de galinha, 22 onças de aguardente de cana (634 g), 32 onças de vinagre (921 g), 10 onças de manteiga de vaca (288 g), 8 onças de banha de porco (230 g), 128 quartas de farinha de mandioca (1.161 litros), 70 barris da água potável e 31 meias medidas de leite (SCMBA – Livro de Receita e Despesa dos gêneros que se compravam para os doentes do Hospital, 1844, f. 1 – frente)²².

Para alimentar 15 escravos eram necessários 2 libras de carne verde (922 g), 2 pães de 4 onças (230 g), 42 quartas de carne seca (381 litros), 28 onças de feijão (806 g), 15 décimas de farinha de mandioca (SCMBA – Livro de Receita e Despesa dos gêneros que se compravam para os doentes do Hospital, 1844, f. 2 – frente). A dieta dos enfermos presidiários era ainda mais severa, composta apenas de carne seca, feijão e farinha de mandioca. Aos empregados cabia somente a carne verde e o pão (Idem, f. 2 e 3 – frente).

A dieta dos enfermos certamente não seria aprovada por nenhum tratado de bromatologia do século XIX, pois lhe faltavam os laticínios, os peixes, os

²⁰ Massa de farinha de trigo em fios delgados, usada em sopas ou preparada com ovos, leite e açúcar (Holanda, *Dicionário Eletrônico*).

²¹ O documento não revela o tempo de consumos dos produtos, se semanal, mensal, semestral ou anual.

²² Segundo Russel-Wood (1981), os pesos e medidas usados em Lisboa eram bem diferentes dos usados no Brasil. Mesmo aqui, as medidas de capacidade variavam de região para região. Acreditamos que as medidas utilizadas no século XVIII, interpretadas pelo autor, continuavam valendo para a primeira metade do XIX. Então, uma canada variava de 1,375 litros para 2,66 ou 4,180 litros; uma arroba correspondia a 14,745 quilos; uma onça equivalia a 28,800 gramas; uma oitava correspondia a 3,600 gramas; um alqueire valia 36,27 litros; uma quarta correspondia a 9,07 litros; uma libra era 0,46080 quilo; um quartilho equivalia a 0,6655 litro. A partir destas medidas, convertemos as quantidades de alimento para as medidas atuais, para facilitar a compreensão.

legumes e as frutas. Além disto, a quantidade servida era insuficiente para manter de pé um homem são, quanto mais para levantar um enfermo! Assim, não é de espantar que os indivíduos situados na linha de pobreza, que já não dispunham de condições materiais no seu cotidiano, sucumbissem no espaço hospitalar.

O São Cristóvão complementava a sua despensa com alguns produtos surpreendidos no mercado ilegal, a exemplo de sacas de açúcar que depois da apreensão pela polícia eram destinados ao hospital (SCMBA, Correspondência da Provedoria, 26/02/1855; 01/05/1855). Tais benefícios se davam pela relação de proximidade entre a Santa Casa e a Presidência da Província, uma vez que alguns dos provedores e irmãos superiores também ocupavam cargos públicos.

O hospital não possuía botica própria e o fornecimento de medicamentos se constituía em um problema no que diz respeito aos custos e a qualidade das drogas. Os médicos se queixavam e a Mesa discutiu a questão em janeiro de 1836, e em agosto decidiu que o abastecimento de remédios para o São Cristóvão e o Recolhimento deveria ser “posto em haste pública para ser fornecido por quem menos fizesse de baixo; das bases que a Mesa apresentasse” (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 14/09/1836, f. 19 – verso).

Ainda assim, a insatisfação continuava, a julgar pela rotatividade dos contratos assinados entre a Santa Casa e os boticários da praça da Bahia. Em outubro, a irmandade decidiu suspender o acordo com o boticário Custódio Bento Monteiro e firmar um outro com Jerônimo José Barata, pagando a quantia de 5 contos e 500 mil réis por ano (ibidem, 13/10/1836, f. 22 – frente).

Com o passar dos anos, a Mesa tornou-se mais exigente e passou a incluir cláusulas contratuais no intuito de garantir melhores serviços. Em 12 de Novembro de 1844, o boticário André Aducci comprometeu-se a fornecer remédios ao Recolhimento, à Roda dos Expostos e ao Hospital, atendendo às seguintes condições:

Fornecerem diariamente em qualquer hora todos os medicamentos (..) e objetos de boticas que forem receitados pelos facultativos da Casa para o Hospital, Recolhimento, e Roda da Misericórdia, sendo obrigados a terem uma ambulância no mesmo hospital onde se possa recorrer repentinamente conforme se acha estabelecido. Ter a administração da casa o direito de mandar examinar quando lhe aprouver se as drogas são da melhor qualidade, sendo inutilizadas e substituídas por outras a sua custa os medicamentos,

que os médicos julgarem alterados ou falsificados (Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, f. 95 – verso; f. 96 – frente e verso).

4.3.3 A disciplinarização do hospital

A necessidade de regular o funcionamento interno do hospital veio à tona na reunião da Mesa em 11 de janeiro de 1836. Os médicos sinalizavam a premência em organizar o atendimento clínico e cirúrgico (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 11/01/1836, f. 15 – verso), mas a Mesa não estava convencida desta urgência e o assunto foi postergado para dezembro do mesmo ano, quando foi aprovado o Regulamento do Hospital São Cristóvão²³ (ibidem, 16/12/1836, f. 23 – verso).

Em 1847, a Mesa voltou a discutir a necessidade de reorganizar o serviço do Hospital e minimizar os “defeitos radicais” que aquele nosocômio apresentava, tornando-o o mais próximo possível dos hospitais europeus. Os irmãos compreendiam que o maior problema do São Cristóvão era o caráter provisório das instalações, no prédio do Terreiro de Jesus, onde se achava aglomerada toda sorte de enfermos, repartidos apenas por sexo. Desta forma, o hospital se distanciava do padrão europeu, onde os doentes eram repartidos por casos clínicos, no mesmo prédio, mas em enfermarias diferentes, divididas em moléstias ordinárias e especiais, em medicina e cirurgia. Apartavam-se também os incuráveis dos inválidos e dos alienados (SCMBA, Livro de Termo da Junta, 11/06/1847, f. 23-26, frente e verso).

O segundo problema era a ausência de um regulamento interno apropriado às necessidades do hospital, dentre elas, uma norma que fixasse o número, a qualidade e as obrigações dos funcionários e que garantisse mais eficiência no atendimento ao enfermo. Um membro da Mesa, com formação médica, foi encarregado de organizar um projeto de regulamentação para o São Cristóvão, em 1847. O texto foi examinado por uma comissão de facultativos e aprovado. Em seguida, foi apresentado à Mesa, que tomou conhecimento dos primeiros artigos, mas não chegou a concluir o trabalho.

²³ Apesar das buscas não conseguimos localizar este documento.

Os resultados das discussões em torno da medicalização do hospital foram tímidos. A adequação do espaço hospitalar aos paradigmas das ciências médicas em curso, transformando-o em um lugar do doente e da doença, não foi uma preocupação levada a cabo pela irmandade na primeira metade do século XIX. Os médicos contratados pela Santa Casa eram os mesmos que ensinavam na Faculdade de Medicina da Bahia, e estes não estavam alheios às demandas da sua profissão. No entanto, a autoridade deles era sobrepujada pelos interesses de uma irmandade conservadora, avessa às mudanças abruptas.

A presença das irmãs de caridade no cotidiano do hospital é um indício de que a medicalização, no sentido foucaultiano, dava os seus primeiros passos. A ordem precisava ser implantada nas enfermarias do hospital, que não contavam com a presença de médicos e cirurgiões permanentemente. Eles apareciam em dias e horários marcados para visitar os doentes e prescrever o tratamento. Na ausência destes, o hospital ficava entregue a enfermeiros que não possuíam formação capaz de instaurar a disciplina, pois eram pessoas de poucas posses que, em troca de um parco salário, se propunham a cuidar de doentes. Eles levavam para o interior do hospital a cultura do povo, vivida nos casebres e nas ruas de Salvador, bem diferente do ambiente e do comportamento idealizados pelos médicos para o serviço interno de um nosocômio.

Assim, quando a Santa Casa foi convencida pelo discurso médico de que era preciso começar a por ordem no hospital, o modelo adotado foi o religioso, absolutamente hierarquizado, disciplinar e pouco mundano. O exército de Deus ou, melhor dizendo, o exército de “anjos” femininos (peço licença ao leitor para atribuir sexo aos anjos) organizaria o hospital, preservando os preceitos morais defendidos pela Irmandade da Misericórdia, um baluarte da ordem social desde os tempos coloniais.

Percebe-se claramente a marca da ambigüidade que permeou o processo de medicalização do hospital baiano. O São Cristóvão, administrado por uma poderosa confraria laica, mas de forte orientação religiosa e conservadora, deveria implementar em seu nosocômio a ciência dos médicos e o “progresso das nações civilizadas” sem, contudo, perder o controle das transformações. Neste jogo de forças entre médicos e confrades, os últimos ditaram as regras das

mudanças, negociando e concedendo, embalando as exigências de um “novo” tempo nos braços poderosos e fortes da Santa Misericórdia.

Sobre a vinda das irmãs de caridade, cabe ainda uma breve reflexão. O argumento utilizado para justificar a presença delas no hospital assentou-se em uma questão de gênero. O fato de serem mulheres proporcionava-lhes a “docilidade”, o “carinho” e a “paciência” necessários para cuidar dos doentes e sanar suas chagas. Assim como a Virgem Maria, elas representariam o colo protetor, a voz que acalma e as mãos que acolhem. Esta imagem de bondade infinita e capacidade de organizar a sociedade a partir dos preceitos morais e religiosos da “boa mulher”, obediente a Deus e aos homens de conduta ilibada, reforçava o caráter conservador da elite baiana, principalmente daquela reunida em torno da Mesa da Santa Misericórdia.

4.4 O PERFIL DOS DOENTES: HOMENS BRANCOS E MULHERES MISTIÇAS

Um dos objetivos deste capítulo é identificar quem era o doente tratado no Hospital São Cristóvão. Para analisar esta população a partir das informações sobre sexo, cor, ocupação, estatuto jurídico, naturalidade, idade e estado matrimonial recorreremos aos diversos *Livros de assentos das pessoas que entraram no Hospital*, existentes no Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

A coleta de dados inicia em 1823, momento em que na Bahia ocorria a Guerra de Independência e encerra-se em 1851, quando a epidemia de febre amarela encerrou sua passagem por terras baianas. Dentro deste período selecionamos como amostragem os anos de 1823, 1830, 1835, 1840, 1848, 1849, 1850 e 1851. A análise assenta-se sobre 7.600 doentes, sendo 5.376 homens e 2.224 mulheres.

Como as fontes referentes aos doentes do período colonial já haviam sido trabalhadas por Russel-Wood (1981) e por Isabel dos Guimarães Sá (1997) optamos pelo período correspondente ao Império, explorando uma massa documental ainda não estudada com fins de caracterizar os enfermos. Esta escolha acabou por construir um quadro de continuidade cronológica em relação aos períodos trabalhados pelos pesquisadores acima citados.

4.4.1 Os europeus

Durante a primeira metade do século XIX o percentual de homens (71%) atendidos nas enfermarias do Hospital São Cristóvão superou, em muito, o de mulheres (29%). A princípio, estes dados sugerem alguns questionamentos: qual era a composição populacional de Salvador no mesmo período? Havia mais homens que mulheres?

Isabel dos Guimarães Sá (1997), ao trabalhar com os registros de doentes do Hospital São Cristóvão, entre 1778 e 1799, observou que foram tratados 6.556 homens (78,1%) e 1.839 mulheres (21,9%). Para a autora, tal desequilíbrio estava assentado na imigração portuguesa, essencialmente masculina, e na importação de escravos, uma vez que os compradores davam preferência aos africanos do sexo masculino.

Os dados populacionais de que dispomos para a primeira metade do século XIX são muito frágeis. No entanto, vamos nos apoiar em estimativas feitas por Kátia Mattoso (2004), B. J. Barickman (2003) e Anna Amélia Nascimento (1986) por considerarmos que estes pesquisadores realizaram um trabalho de fôlego no intuito de resolver esta lacuna historiográfica.

Na impossibilidade de encontrar um censo que apresentasse a população soteropolitana categorizada por sexo, utilizamos os dados levantados por Anna Amélia Nascimento (1986) nas dez freguesias²⁴ urbanas de Salvador, em meados do século XIX²⁵.

²⁴ Freguesia significa o conjunto de paroquianos, uma povoação sob o ponto de vista eclesiástico. Mas, no estudo da autora, freguesia significa “um espaço material limitado, divisão administrativa e religiosa da cidade, onde estavam localizados os habitantes, ligados á sua igreja matriz” (Nascimento, 1986, p. 29).

²⁵ Anna Amélia Nascimento trabalhou com a população residente nas freguesias da cidade de Salvador e utilizou como fontes primárias o Recenseamento de 1855, as listas de qualificação eleitoral, os livros de títulos de residência de estrangeiros, os mapas de doentes atacados pela cólera das freguesias da Penha e de Santo Antônio Alem do Carmo, os registros de testamentos com pagamento do imposto de sucessão, a série transcrição de imóveis e inventários *post-mortem*.

TABELA 14 – População de Salvador por freguesias (sexo e cor) - 1855²⁶

FREGUESIAS	HOMENS (%)			MULHERES (%)		
	Branco	Não Branco	Total	Branca	Não Branca	Total
Sé ou São Salvador	15,53	25,28	40,81	18,84	40,35	59,19
Nossa Senhora da Vitória	–	–	–	–	–	–
Nossa Senhora da Conceição da Praia	27,94	23,53	51,47	19,12	29,41	48,53
Santo Antonio Além do Carmo	10,29	33,86	44,15	12,34	43,51	55,85
São Pedro	18,65	22,32	40,97	21,72	37,31	59,03
Santana do Sacramento			–			–
Santíssimo Sacramento da Rua do Passo	15,25	29,91	45,16	15,41	39,43	54,84
Nossa Sra de Brotas			–			–
Santíssimo Sacramento do Pilar	15,28	30,62	45,90	15,33	38,77	54,10
Nossa Sra da Penha	16,08	27,88	43,96	16,62	39,42	56,04
MÉDIA			44,63			55,37

Fonte: Anna Amélia V. Nascimento (1986, p. 61-102).

A estimativa populacional da cidade de Salvador entre os anos de 1800 a 1850 revela uma cidade com uma curva populacional ascendente entre aproximadamente 41.154 a 55.034 habitantes (Nascimento, 1986, p. 65). Dentre a população residente em Salvador na primeira metade do século XIX o número de mulheres era levemente superior ao de homens.

Ao confrontar os dados demográficos da cidade de Salvador com as estatísticas de internamento nas enfermarias do Hospital São Cristóvão, observa-se que o número de representantes do sexo masculino e feminino não reproduz à distribuição demográfica entre homens e mulheres. Assim, como explicar tão expressivo fluxo de homens nas enfermarias do hospital baiano, se a demografia da cidade aponta para outra direção?

Temos que considerar que, para o período trabalhado, Salvador viveu a guerra de Independência (1822-1823), as revoltas militares (1831), as federalistas (1833), a Revolta dos Malês (1835), a Sabinada (1837) e uma epidemia de febre amarela (1849-50). Tais episódios, certamente, provocaram um decréscimo temporário no fluxo populacional. Soma-se a tudo isso a população flutuante que se movia na cidade, trazida pelas centenas de barcos que chegavam de vários pontos do Recôncavo e pelos navios do comércio costeiro e transatlântico que poderiam por em terra, em um só dia, até 2.200 homens (Barickman, 2003; Mattoso, 1992).

Apesar da imigração portuguesa não ser mais a mesma do período colonial, principalmente nos conturbados anos que se seguiram ao 7 de Setembro

²⁶ As freguesias que se encontram em branco não constam no recenseamento de 1855.

de 1822, a Bahia continuou, ao longo da primeira metade do século XIX, a receber um fluxo de lusitanos, até agora pouco explicado pela historiografia. Ainda que tenha ocorrido queda no tráfico de escravos entre 1823 e 1829 por causa das lutas de independência e seus desdobramentos, manteve-se a preferência pelo cativo do sexo masculino. Assim, esta população que freqüentou as enfermarias do hospital nos idos coloniais, sustentou-se também no Império; contudo, não foi suficiente para explicar um percentual tão grande de doentes do sexo masculino.

TABELA 15 – Sexo dos doentes

ANO	HOMENS	%	MULHERES	%	TOTAL	%
1823	565	73	214	27	779	100
1830	798	72	313	28	1111	100
1835	849	71	342	29	1191	100
1840	963	70	405	30	1368	100
1848/49	871	74	312	26	1183	100
1850	621	71	256	29	877	100
1851	709	65	382	35	1091	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

Os portugueses foram os que em maior número representou o continente europeu (25% dos homens, em média). Em fins do século XVIII eles eram em proporção muito maior, chegando a 52% do total de enfermos (Sá, op. cit.)²⁷. Para o século XIX os portugueses eram, sobretudo, naturais de Lisboa e Porto, o que demonstra a manutenção de fortes laços comerciais entre a Bahia e estas cidades. Aparecem também aqueles oriundos de Abrantes, Alentejo, Algarve, Almada, Arquipélago dos Açores (Ilha de São Miguel, Ilha do Faial, Ilha de Santa Catarina, Ilha Graciosa, Ilha Terceira e Ilha de São Jorge), Aveiros, Barcelos, Beira Alta, Beja, Braga, Cabo Verde, Caldas da Rainha, Coimbra, Figueira, Guimarães, Ilha da Madeira, Lamego, Ponte de Lima, Portoalegre, Povoas, Santarém, Serra da Estrela, Setúbal, Torres Vedras, Traz-os-Montes, Vianna e Viseu.

Da fundação da cidade do Salvador até meados do século XIX, o Hospital São Cristóvão foi a única opção para os portugueses enfermos. Esta realidade foi

²⁷ Este valor foi calculado aplicando-se o percentual de homens (88,3%) ao percentual de portugueses e portuguesas (58,5%).

modificada em 16 de setembro de 1866 com a fundação do Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, no outeiro do Bonfim, no centro de uma chácara pertencente à Sociedade, destinado aos sócios e a outros compatriotas. Ainda assim, os portadores de doenças infecto-contagiosas continuaram a se valer do São Cristóvão, uma vez que o Hospital Português não os aceitava (Vianna, 1893).

Os demais europeus que figuram nos livros de assento do Hospital São Cristóvão eram originários da Bélgica, Confederação Germânica (Áustria, Prússia e cidades livres de Hamburgo e Bremen), Dinamarca, Espanha, França, Inglaterra, Irlanda, Itália, Suécia e Suíça. Como Salvador era um centro de compra e venda de gêneros manufaturados e agrícolas, o cais do seu porto era um ponto de confluência de pessoas de diversas nacionalidades. Parte destas pessoas vinha para se fixar tanto na sede da província e no Recôncavo, como nos sertões²⁸ da Bahia, buscando construir fortunas ou exercer as mais diversas profissões. Desta forma, cresceu a presença de estrangeiros na cidade, sobretudo em lojas, bancos e casas comerciais, controlados por ingleses, franceses e alemães.

Estes imigrantes foram acometidos das mesmas doenças que atingiam os demais habitantes da Província, como febres, tuberculose, diarreia, caquexia e anemia (APEB, Série Colônias e Colonos, maço 4608). Eles também foram socorridos no Hospital na condição de “pessoas necessitadas” (SCMBA, Livro da Ata da mesa, 28/08/1836, p. 20).

TABELA 16 – Cor dos homens

ANO	BRANCA	%	CABRA	%	PARDA	%	CRIOULA	%	PRETA	%	INDÍGENA	%	ND	%	TOTAL	%
1823	352	62	3	1	99	18	37	7	47	8	-	-	27	5	565	100
1830	428	54	30	4	148	19	28	4	108	14	3	0	53	7	798	100
1835	400	47	43	5	195	23	92	11	88	10	9	1	22	3	849	100
1840	478	50	36	4	257	27	91	9	76	8	4	0	21	2	963	100
1848/49	462	53	20	2	222	25	-	-	150	17	9	1	8	1	871	100
1850	296	48	37	6	146	24	-	-	132	21	3	0	7	1	621	100
1851	302	43	20	3	163	23	10	1	180	25	4	1	30	4	709	100

²⁸ Sertão refere-se a toda a extensão territorial além das fronteiras do Recôncavo Baiano. Assim, mesmo as regiões que não são geograficamente caracterizadas como sertão, assim foram denominadas ao longo da história do Brasil (Andrade, 1992).

TABELA 17 – Naturalidade dos homens²⁹

ANO	PT	%	EUROPA	%	AMÉRICA	%	SSA	%	BAHIA/ OUTROS	%	DEMAIS PROVÍNCIAS	%	ÁFRICA	%	OUTROS	%	ND	%	TOTAL	%
1823	211	37	11	2	11	2	126	22	64	11	41	7	20	4	2	0	79	14	565	100
1830	218	27	71	9	26	3	131	16	131	16	45	6	68	9	26	3	82	10	798	100
1835	166	20	92	11	7	1	218	26	151	18	61	7	48	6	17	2	89	10	849	100
1840	219	23	69	7	6	1	250	26	211	22	61	6	76	8	23	2	48	5	963	100
1848/1849	261	30	101	12	13	1	175	20	146	17	63	7	82	9	14	2	16	2	871	100
1850	144	23	93	15	4	1	120	19	129	21	30	5	77	12	15	2	9	1	621	100
1851	129	18	73	10	5	1	150	21	145	20	39	6	113	16	6	1	49	7	709	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

4.4.2 Os marítimos

Grande parte do contingente de europeus trabalhava nas embarcações mercantis, as quais eram capazes de deixar em terra dois milhares de homens em um só dia, e muitos deles já chegavam doentes, sendo registrados como marítimos. Cada embarcação possuía um ou mais cozinheiros que engrossavam o rol de brancos europeus que exerciam uma ocupação a bordo de uma embarcação mercante.

Havia ainda uma minoria de marítimos de outras províncias, como Espírito Santo, Goiânia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe, todos registrados como brancos. As embarcações vindas do interior da Bahia, precisamente de Caravelas, Itaparica, Maragogipe, Rio Real e Santo Amaro também traziam homens com algum tipo de doença. Localizamos alguns poucos escravos e indígenas servindo nas embarcações que cruzavam a Baía de Todos os Santos, registrados como “marítimo” e “remador de saveiro”. Mas tais casos foram uma exceção à regra dos marítimos brancos e europeus.

Na primeira metade do século XIX, os marítimos oriundos de outros rincões da América foram em pequeno número, vindos principalmente dos Estados Unidos, seguidos do Chile e de Cuba. Na segunda metade dos Oitocentos, após a extinção do tráfico negreiro, os comerciantes baianos incrementaram o intercâmbio de mercadorias com outras regiões da América do Sul, a exemplo das Repúblicas do Prata (Chaves, 2001).

²⁹ PT = Portugal e SSA = Salvador.

Este número significativo de marítimos reforça a relação entre o porto e as doenças, pois grande parte delas e todas as epidemias, sem exceção, chegaram a Salvador através do mar.

TABELA 18 – Naturalidade dos homens brancos

ANO	PT	%	EUROPA	%	AMÉRICA	%	SALVADOR	%	BAHIA/ OUTROS	%	DEMAIS PROVÍNCIAS	%	OUTROS	%	ND	%	TOTAL	%
1823	208	59	10	3	11	3	37	11	22	6	15	4	1	0	48	14	352	100
1830	213	50	67	16	17	4	38	9	40	9	13	3	19	4	21	5	428	100
1835	162	41	90	23	1	0	62	16	40	10	21	5	9	2	15	4	400	100
1840	210	44	68	14	4	1	77	16	67	14	23	5	15	3	14	3	478	100
1848/49	257	56	99	21	8	2	40	9	29	6	19	4	6	1	4	1	462	100
1850	140	47	93	31	3	1	24	8	16	5	9	3	6	2	5	2	296	100
1851	126	42	73	24	3	1	40	13	27	9	15	5	4	1	14	5	302	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

Por ocasião da epidemia de febre amarela, o presidente da Província da Bahia, Francisco Gonçalves Martins (1850, p. 12) afirmou que “foram os estrangeiros recentemente chegados a este Porto, e com especialidade os de profissão marítima que, na proporção de seu pequeno número, sofreram maior dano” como vítimas da epidemia. A maior parte deles pertencia às tripulações dos navios mercantes. Alguns destes estrangeiros foram para o Hospital São Cristóvão, mas outra parte foi enviada para enfermarias especiais, espalhadas pela cidade, criadas pelo poder público especialmente para esta ocasião.

Ainda no campo das atividades marinheiras chamamos atenção para os homens da marinha militar, que para o mesmo período somaram um total de 2% dos enfermos tratados no Hospital São Cristóvão, apesar da existência do Hospital da Marinha, localizado no Arsenal da Ribeira³⁰. Segundo os relatórios do Ministério da Marinha, este hospital estava em condições precárias³¹, com poucos leitos. Assim, o excedente de doentes era encaminhado para o Hospital da Misericórdia (Manuel Vieira Tosta, *Relatório da Repartição dos Negócios da Marinha*, 1848, p. 11).

³⁰ Segundo Antonio Carlos Nogueira Brito (2003, disponível em: <www.medicina.ufba.br/historiamed/histmedart14.htm>. Acesso em 12 set. 2005.) o Hospital da Marinha funcionava desde 1832 nas instalações do Arsenal da Marinha da Bahia. Antes disso funcionou no Velho Celeiro Público.

³¹ Sobre a falta de recursos deste Hospital, ver o relato de D. Pedro II, quando visitou o Arsenal da Marinha em sua viagem pela Bahia em 1859.

As relações entre Misericórdia e Governo Imperial estão registradas na correspondência trocada entre a Marinha e a Provedoria da Santa Casa. Em 19 de janeiro de 1850, o Intendente da Marinha solicitou ao Provedor da Santa Casa que internasse o marinheiro José Ramos Gonçalves, “atacado de alienação mental”, uma vez que o Hospital da Marinha não possuía recursos para tratá-lo. Nesta mesma carta é solicitada a conta que deveria ser paga pelos serviços médico-hospitalares (SCMBA – Correspondências da Provedoria, 1850).

TABELA 19 – Percentual de homens de cor branca que eram marítimos³²

ANO	%
1848/49	62%
1850	70%
1851	54%

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

TABELA 20 – Cor dos marítimos

ANO	BRANCA	%	CABRA	%	PARDA	%	PRETA	%	INDÍGENA	%	ND	%	TOTAL	%
1848/49	288	87	1	0	30	9	7	2	3	1	1	0	330	100
1850	207	87	5	2	17	7	5	2	2	1	3	1	239	100
1851	162	82	1	1	25	13	7	4	2	1	1	1	198	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

TABELA 21 – Naturalidade dos marítimos de cor branca

ANO	PT	%	EUROPA	%	AMÉRICA	%	SSA	%	BAHIA/ OUTROS	%	DEMAIS PROVÍNCIAS	%	OUTROS	%	ND	%	TOTAL	%
1848/ 1849	174	60	82	28	8	3	4	1	4	1	11	4	4	1	1	0	288	100
1850	111	54	78	38	3	1	3	1	1	0	4	2	5	2	2	1	207	100
1851	74	46	64	40	3	2	2	1	6	4	8	5	-		5	3	162	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1847-1851).

4.4.3 As mulheres: um grupo em busca de amparo

A análise da população enferma revelou a preponderância dos homens brancos, de ascendência européia; o mesmo não se pode afirmar em relação ao público feminino. A maioria das mulheres que adoeceram e foram tratadas no

³² Nos anos anteriores a informação das profissões dos enfermos não estava disponível.

Hospital São Cristóvão era formada por mestiças, oriundas de Salvador e da sua circunvizinhança.

O número de europeias foi muito reduzido, sobretudo se comparado ao de europeus. De modo geral, elas não possuíam atividade de ganho, mas as poucas que a declararam realizavam ocupações reservadas às mulheres pobres: lavadeira, costureira e mendiga.

As portuguesas lideraram o percentual de estrangeiras. Elas vieram dos Açores (Ilha de Santa Catarina e Ilha Graciosa), de Lisboa e do Porto, e provavelmente acompanharam os maridos, ou tentavam melhores condições de vida, principalmente as originárias dos Açores.

Chamam atenção, sobretudo, as irlandesas, responsáveis por boa parte da cifra de europeias. Esta onda migratória pode estar relacionada à grande fome que ocorreu na Irlanda, na primeira metade do século XIX, ceifando cerca de 750.000 mil vidas e provocando a diáspora de milhões de pessoas. As espanholas estão em menor número que as portuguesas e as irlandesas e também não possuíam ocupações de ganho, com exceção de uma lavadeira.

De modo geral a presença destas mulheres reflete a intensificação da política migratória adotada no Brasil após 1808, com a vinda da Corte para o Rio de Janeiro, da abertura dos portos e ampliação do comércio.

As mulheres que buscaram tratamento nas enfermarias do Hospital São Cristóvão eram predominantemente oriundas de Salvador e arredores, solteiras, mestiças e sem uma ocupação que lhes rendesse algum provento. Este perfil caracteriza um grupo muito próximo da linha de pobreza, ou, abaixo dela, que buscou na beneficência um meio de sobrevivência³³.

³³ Sobre a relação entre pobreza e caridade em Portugal ver Laurinda Abreu (1999) e para a Espanha ver a obra de Mariano Esteban de Vega (1991).

TABELA 22 – Naturalidade das mulheres

ANO	PT	%	EUROPA	%	SSA	%	BAHIA/ OUTROS	%	DEMAIS PROVÍNCIAS	%	ÁFRICA	%	OUTROS	%	ND	%	TOTAL	%
1823	12	6	-	-	98	46	46	21	4	2	14	7	1	0	38	18	214	100
1830	8	3	8	3	119	38	64	20	13	4	40	13	14	4	46	15	313	100
1835	2	1	10	3	123	36	91	27	20	6	21	6	5	1	70	20	342	100
1840	10	2	7	2	150	37	120	30	18	4	71	18	7	2	22	5	405	100
1848/49	-	-	1	0	117	38	110	35	10	3	64	21	3	1	7	2	312	100
1850	5	2	1	0	103	40	78	30	10	4	52	20	5	2	2	1	256	100
1851	5	1	2	1	137	36	108	28	8	2	92	24	5	1	25	7	382	100

TABELA 23 – Naturalidade das mulheres brancas

ANO	PT	%	EUROPA	%	SSA	%	BAHIA/ OUTROS	%	DEMAIS PROVÍNCIAS	%	OUTROS	%	ND	%	TOTAL	%
1823	12	21	-	-	22	39	10	18	2	4	2	4	8	14	56	100
1830	6	8	7	10	28	39	17	24	3	4	4	6	6	8	71	100
1835	2	3	10	14	24	33	22	31	8	11	3	4	3	4	72	100
1840	10	16	7	11	18	29	16	26	5	8	1	2	5	8	62	100
1848/49	-	-	1	2	18	40	18	40	5	11	1	2	2	4	45	100
1850	3	6	1	2	22	44	20	40	3	6	-	-	1	2	50	100
1851	4	8	2	4	22	42	21	40	3	6	1	2	-	-	53	100

TABELA 24 – Cor das mulheres

ANO	BRANCA	%	CABRA	%	PARDA	%	CRIOULA	%	PRETA	%	INDÍGENA	%	ND	%	TOTAL	%
1823	56	26	2	1	76	36	20	9	35	16	-	-	25	12	214	100
1830	71	23	17	5	81	26	29	9	94	30	1	0	20	6	312	100
1835	72	21	47	14	96	28	47	14	74	22	-	-	6	2	342	100
1840	62	15	47	12	138	34	70	17	82	20	-	-	6	1	405	100
1848/49	45	14	32	10	99	32	-	-	133	43	1	0	2	1	312	100
1850	50	20	33	13	65	25	-	-	106	41	-	-	2	1	256	100
1851	53	14	40	10	100	26	11	3	160	42	-	-	18	5	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

4.4.4 Os escravos e os forros

De acordo com o censo de 1855, a cidade de Salvador possuía 27,46% da sua população vivendo em regime de escravidão (Nascimento, 1986). Todavia, o Hospital da Santa Casa não recebeu grandes contingentes de escravos ao longo da primeira metade do século XIX, registrando um percentual de cativos que oscilou entre 2 e 8%.

Segundo a amostragem que realizamos, situada entre os anos de 1823 e 1851, o percentual de cativos tratados no Hospital São Cristóvão é bastante inferior aos 18% apresentados por Isabel dos Guimarães Sá (op. cit.) em fins do

século XVIII. Esta redução não pode ser atribuída somente ao “fluxo e refluxo”³⁴ do tráfico escravista, o qual “descarregava” uma média de 6.000 a 7.000 africanos por ano na Bahia, sendo difícil precisar quantos ficavam em Salvador e quantos eram os “escravos de passagem” (Mattoso, 1992).

Entre 1823 e 1829, as importações de africanos caíram sensivelmente por conta das lutas de independência, dos tumultos sociais e da desorganização do comércio. No entanto, entre 1831 e 1851, período de proibição inglesa, mas de consentimento brasileiro, ocorreu um aumento significativo da importação de escravos (Mattoso, op. cit.). Assim, é um falso problema atribuir a redução do número de enfermos escravos à proibição do tráfico.

TABELA 25 - Número de cativos chegados à Bahia entre 1846-1850

ANO	Nº DE ESCRAVOS
1846	7.354
1847	10.064
1848	7.299
1849	8.081
1850	9.451

Fonte: Verger (1987)

O tratamento dos escravos era uma fonte constante de problemas para a Santa Casa, pois muitos senhores e senhoras os abandonavam diante de uma enfermidade grave para se eximirem das despesas com o curativo e, eventualmente, com o enterramento. Diante de tal exploração dos recursos da Misericórdia por quem tinha condição de pagar, coube à irmandade tomar providências para remediar esta situação, alterando o valor do tratamento e efetuando cobrança das dívidas não pagas (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 13/06/1835, p. 8 – verso; Livro de Termos da Junta, 13/09/1849, f. 6 - verso).

Fatos desta natureza aconteceram com o cativo Joaquim, da nação Gêge, com 55 anos, uma idade considerada avançada para um escravo que sempre esteve exposto a trabalhos pesados e alimentação deficitária, abandonado por sua senhora, Dona Bernardina de Lima, por ser portador de enfermidades crônicas. Victoria, 30 anos, foi “entregue à própria sorte” por seu senhor, Luiz

³⁴ Tomei emprestada a expressão utilizada por Pierre Verger em *Fluxo e Refluxo do Tráfico de Escravos entre ao Golfo de Bénin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX* (1987).

Antonio Pires e veio a falecer no Hospital São Cristóvão, em 29 de novembro de 1834 (SCMBA, Livro de assentamento de escravos).

Muitos dos escravos tratados no hospital pertenciam à Santa Casa, que os utilizava em todas as suas propriedades e nos serviços pesados do hospital, Recolhimento e Roda dos Expostos.

Os escravos ocuparam-se dos seguintes afazeres: carregador de cadeira, carpinteiro, roceiro, ganhador, servente de pedreiro, açougueiro, servente de trapiche, servente do hospital, tanoeiro e barbeiro³⁵. O trabalho extenuante em um ambiente de constante exposição aos vírus, bacilos, bactérias, parasitas; a dieta alimentar inadequada, rica em farináceos e pobre em proteínas e vitaminas; e, por fim, as moradias insalubres, deixavam os escravos muito suscetíveis às doenças.

Quando um escravo entrava no hospital, o escrivão registrava sua condição jurídica e a cor, geralmente *preta*³⁶, bem como o nome do proprietário ou proprietária, principalmente quando estes se dispunham a custear as despesas, o que não era comum. Para os homens livres nenhum registro era feito com relação a sua condição jurídica.

O Hospital São Cristóvão não foi o lugar por excelência para o tratamento de escravos. Diante de tal tendência apontada pelos dados estatísticos, cabe uma pergunta: onde se tratava o grande contingente de negros cativos de Salvador? Será que diante da doença eles eram alforriados pelos seus senhores e senhoras, como uma estratégia para livrarem-se das despesas com o tratamento? Parece que esta é uma falsa questão, pois os estudos de Kátia Mattoso (2004) demonstram que o número de escravos doentes alforriados, entre 1819 e 1888, foi irrisório, na faixa de 0,31% do total da população escrava adulta libertada, contrariando, assim, a idéia largamente difundida e aceita de que os escravos doentes eram alforriados em massa.

Para identificar a cartografia dos espaços de cura da população escrava em Salvador, será preciso investigar os pequenos hospitais e as casas de saúde, e a freqüência da população cativa nestes locais. Não descartamos a hipótese de que, diante da enfermidade, a grande maioria dos escravos da cidade de

³⁵ Sobre a inserção dos negros, escravos e libertos, no comércio de ganho em grandes cidades como Salvador e Rio de Janeiro, ver os trabalhos de Maria Inês Côrtes Oliveira (1988), Kátia de Queirós Mattoso (1982; 1979) e Mary Karasch (2000).

³⁶ Salvaguardamos a denominação que está nos documentos.

Salvador recorria aos curandeiros africanos, mas é uma hipótese que também precisa ser averiguada. O que está posto é que o Hospital São Cristóvão foi um espaço freqüentado por muitos brancos europeus, pela população mestiça de Salvador e por um reduzido número de escravos.

Além dos escravos, havia registro de duas outras condições jurídicas: forros e indígenas. Estes últimos pouco freqüentaram o Hospital São Cristóvão, vinham do sul da Bahia e estavam integrados às embarcações mercantis. Os forros representaram uma parcela significativa da população de cor, superando o número de escravos nos anos de 1823, 1830, 1835 e 1840.

Curiosamente, entre os anos de 1848 a 1851, não houve nenhum registro de forros, nos livros de assento de pacientes do Hospital São Cristóvão. Isto não quer dizer que eles não existissem na cidade de Salvador; apenas deixaram de ser registrados como tal na Santa Casa. É possível que tenham sido incorporados à categoria dos homens livres.

Os estudos de Anna Amélia (1986) sobre as dez freguesias da cidade do Salvador mostram que, em 1848, os libertos correspondiam a 4,6% da população, avaliada em 54.625 habitantes. Destes 2.508 libertos, 993 eram homens e 1515, mulheres. Apesar de terem conseguido a carta de alforria, estes homens e mulheres sofriam várias restrições e eram olhados com desconfiança por outras camadas da população, que os associava à idéia de insubordinação e revolta.

Os libertos tinham que pagar impostos à municipalidade para exercer qualquer ofício. Eles eram obrigados a pagar uma taxa anual de 10.000 réis, sob pena de, em caso de inadimplência, serem obrigados a se retirarem do Brasil. Ficariam isentos do tributo aqueles que denunciasses qualquer conspiração ou insubordinação de outros libertos ou escravos, ou que trabalhassem em fábricas de açúcar ou algodão. Não era permitido aos forros que alugassem casas, e necessitavam de uma autorização especial do juiz de paz para fixarem residência. (Nascimento, op. cit.).

TABELA 26 – Condição jurídica dos homens

ANO	LIVRE	%	FORRO	%	ES CRAVO	%	INDÍGENA	%	TOTAL	%
1823	477	84	78	14	10	2	-	-	565	100
1830	659	83	91	11	45	6	3	0	798	100
1835	746	88	60	7	34	4	9	1	849	100
1840	902	94	22	2	35	4	4	0	963	100
1848/49	824	95	-	-	38	4	9	1	871	100
1850	573	92	-	-	47	8	1	0	621	100
1851	663	94	-	-	46	6	-	-	709	100

TABELA 27 – Condição jurídica das mulheres

ANO	LIVRE	%	FORRA	%	ES CRAVA	%	INDÍGENA	%	TOTAL	%
1823	147	69	66	31	1	0	-	-	214	100
1830	197	63	102	33	13	4	1	0	313	100
1835	265	77	68	20	9	3	-	-	342	100
1840	360	89	41	10	4	1	-	-	405	100
1848/49	297	95	-	-	14	4	1	0	312	100
1850	247	96	-	-	9	4	-	-	256	100
1851	364	95	-	-	18	5	-	-	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

4.4.5 As ocupações do universo masculino

Cerca de 88% dos homens declararam suas ocupações, e as principais foram as de marítimo, mendigo³⁷, roceiro, carpinteiro e alfaiate³⁸. Outros ofícios não são expressivos estatisticamente, mas quando analisados isoladamente compõem o perfil de uma população livre, de estratos medianos e mestiços, residentes em uma cidade que, apesar de ter sofrido revés com a mudança da capital para o Rio de Janeiro em 1762, continuou sendo um importante pólo comercial.

O Hospital São Cristóvão recebeu artista, caixeiro, chapeleiro, charuteiro, cozinheiro, criado, estivador, estudante, farmacêutico, feitor, ferreiro, fiador, marceneiro, negociante, oficial de justiça, ourives, pedreiro, pescador, pintor, professor, sacristão, sapateiro, serralheiro, servente de obras públicas, tamanqueiro e taverneiro. Este população em muito se aproxima do perfil dos enfermos atendidos no Hospital São José, em Lisboa.

³⁷ Anna Amélia Nascimento (1986) afirma que o mendigo na Bahia de meados do século XIX possuía uma morada, ou seja, havia um teto sobre sua cabeça.

³⁸ Chamamos a atenção para o fato de que as fontes selecionadas para esta pesquisa só informam a ocupação do doente a partir de 1848.

Estas atividades ocupacionais, de caráter mecânico, liberal, comercial e eclesiástico, foram exercidas por homens livres, brancos e mestiços, de estratos sociais medianos e menos favorecidos economicamente. Isto reforça a tese de que o Hospital São Cristóvão não atendia majoritariamente aos indigentes, argumento aceito plenamente pela historiografia, até então.

TABELA 28 – Ocupação dos homens

Ocupações	1848/49	%	1850	%	1851	%
MARÍTIMO	330	38	239	38	198	28
MENDIGO	35	4	44	7	36	5
ROCEIRO	62	7	38	6	0	0
CARPINTEIRO	41	5	28	5	26	4
ALFAIATE	37	4	27	4	28	4
MARINHEIRO	26	3	9	1	3	0
PESCADOR	28	3	24	4	24	3
OUTRAS	244	28	155	25	253	36
ND	68	8	57	10	141	20
TOTAL	871	100	621	100	709	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

4.4.6 Do lar para o ganho: as ocupações femininas

Poucas mulheres (apenas 28%) declararam exercer alguma ocupação que lhes proporcionasse rendimentos; destacam-se as mendigas, as lavadeiras, as vendedeiras e as domésticas, seguidas, em escala menor, das costureiras e roceiras. Todavia, esta pequena amostra ilustra a presença das mulheres em atividades que lhes possibilitavam auferir algum ganho para auxiliar o sustento familiar.

Em meados do século XIX, Anna Amélia Nascimento (1986) encontrou na freguesia de Santo Antônio grupos femininos dedicados à confecção de roupas e pequenos bordados, além das ganhadeiras, engomadeiras, amas de leite e lavadeiras. Lavar, passar, cozinhar, amamentar, engomar são atividades tradicionalmente cravadas no universo feminino, que transpuseram o ambiente

estritamente doméstico e ingressaram no mercado informal garantindo o incremento da renda familiar³⁹.

Contudo, algumas mulheres baianas imiscuíram-se em ocupações reservadas aos varões, a exemplo daquelas que estabeleceram negócios na Praça de Salvador e chegaram a comerciar com a Santa Casa da Misericórdia. Este foi o caso de D. Francisca Domingues, comerciante de carne seca; D. Adriana Maria de Carvalho, mercadora de água potável (SCMBA – Livro de Receita e Despesa dos gêneros que se compravam para os doentes do Hospital, 1844); as lojistas Madame Delfina Castelot, no Campo Santo, e Madame Poisson, na rua da Louça (Nascimento, 1986).

As prostitutas não aparecem nos registros hospitalares, nem havia uma enfermaria destinada a elas, como observamos no Hospital São José, em Lisboa. A ausência de registro não significa que elas não fizeram parte do contingente de enfermas que freqüentou o hospital da Santa Casa. Certamente estas mulheres não declaravam a sua ocupação, ou, se assumidas no momento do internamento, não eram registradas pelo escrivão.

TABELA 29 – Ocupação das mulheres

ANO	MENDIGA	%	LAVADEIRA	%	VENDEDEIRA	%	SERVIÇO DE CASA	%	OUTRAS	%	ND	%	TOTAL	%
1848/49	38	12	8	3	2	1	8	3	10	3	246	79	312	100
1850	25	10	5	2	5	2	3	1	7	3	211	82	256	100
1851	64	17	8	2	13	3	9	2	76	20	212	55	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

4.4.7 O enfermo soteropolitano

O complexo e heterogêneo tecido urbano da cidade de Salvador se reflete no interior do Hospital São Cristóvão. Os enfermos, oriundos da capital e arredores, eram majoritariamente mestiços, confirmando a miscigenação apresentada por Kátia Mattoso (1992) para Salvador e seu recôncavo.

A Santa Casa preocupou-se em registrar a cor de todos aqueles que adentraram no Hospital. E, quando se tratava de homens e mulheres de cor,

³⁹ Sobre as atividades de ganho das mulheres das classes populares em Salvador, ver Ferreira Filho (1994).

havia nuances, que por vezes apresentava imbricações. Esta situação é percebida com os *crioulos*, que possivelmente eram negros, nascidos na Bahia, ocasionalmente escravos e forros e predominantemente livres. Assim, misturou-se cor e naturalidade na categorização crioulo.

Outro termo utilizado para qualificar os não brancos era *cabra*, que quer dizer mestiço de mulato com negro. Segundo Barickman (2003), *cabra* era um indivíduo com um dos pais negro e o outro pardo, ou filho de dois cabras. Já o *pardo* oscilava para o mulato, que classicamente se traduz como descendente de pai europeu e mãe africana (Thales de Azevedo, 1996).

Aproximadamente 74% dos homens e das mulheres de Salvador atendidos no Hospital São Cristóvão eram não brancos (*cabra*, pardo, crioulo e preto). Este recorte se aproxima dos dados do recenseamento de 1855, onde a população de cor representava 67,57% do total de habitantes de Salvador e a população branca 32,43% (Nascimento, 1986).

Nas paróquias que compunham a cidade de Salvador até meados do século XIX, a população de cor era mais numerosa que a população branca, com exceção da Conceição da Praia e de Brotas. Nas localidades onde residiam a elite baiana (Passo e Vitória), os comerciantes brasileiros e portugueses (Pilar, Conceição da Praia) e os profissionais liberais e funcionários públicos (São Pedro Velho e Sé) havia grandes concentrações de pardos, cabras, negros cativos e libertos. A elite de origem agrária possuía o maior número de escravos domésticos e os mestiços gravitavam em torno do mercado de abastecimento, o que tornava as freguesias acima, diversificadas socialmente. (Kátia Mattoso, 1992; Nascimento, 1986, 1998).

Os registros da Santa Casa não trazem o endereço do enfermo, assim, não foi possível fazer um levantamento das freguesias onde eles residiam. Mas estes homens e mulheres livres e de estratos menos favorecidos, que se declaravam remadores, artesãos, costureiras, rendeiras, engomadeiras, quituteiras, quitandeiras, pescadores, viviam no Pilar, na Penha, em Santo Antônio Além do Carmo, na Conceição da Praia e em Brotas⁴⁰.

⁴⁰ Chegamos a esta conclusão ao cruzarmos os dados ocupacionais registrados na documentação da Santa Casa com o estudo demográfico das freguesias baianas realizado por Anna Amélia Nascimento (1986).

TABELA 30 – Cor dos homens soteropolitanos

ANO	BRANCA	%	CABRA	%	PARDA	%	CRIOULA	%	PRETA	%	ND	%	TOTAL	%
1823	37	29	2	2	46	37	26	21	9	7	6	5	126	100
1830	38	29	8	6	51	39	12	9	13	10	9	7	131	100
1835	62	28	18	8	82	38	53	24	1	0	2	1	218	100
1840	77	31	20	8	101	40	46	18	-	-	6	2	250	100
1848/49	40	23	10	6	90	51	-	-	31	18	4	2	175	100
1850	24	20	16	13	50	42	-	-	29	24	1	1	120	100
1851	40	27	6	4	61	41	6	4	34	23	3	2	150	100

TABELA 31 – Cor das mulheres soteropolitanas

ANO	BRANCA	%	CABRA	%	PARDA	%	CRIOULA	%	PRETA	%	ND	%	TOTAL	%
1823	22	22	2	2	46	47	11	11	7	7	10	10	98	100
1830	28	24	5	4	43	36	17	14	21	18	5	4	119	100
1835	24	20	26	21	33	27	39	32	-	-	1	1	123	100
1840	18	12	29	19	57	38	46	31	-	-	-	-	150	100
1848/49	18	15	10	9	41	35	-	-	47	40	1	1	117	100
1850	22	21	15	15	24	23	-	-	42	41	-	-	103	100
1851	22	16	20	15	45	33	6	4	40	29	4	3	137	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

A população soteropolitana era oriunda das camadas menos favorecidas da população que vivia em Salvador e seus arredores⁴¹. Os mestiços e os escravos eram submetidos a trabalhos pesados, ainda que no interior das residências de elite. Os que viviam de ganho, mercando nas ruas e ladeiras de Salvador, ficavam expostos a um ambiente sujo e pouco salubre, segundo a descrição dos viajantes (Augel, 1975) e dos médicos higienistas. A alimentação cotidiana era pobre em vitaminas e proteínas, e, no hospital, a dieta alimentar não diferia muito daquela do dia-a-dia, sendo que a dos escravos era ainda mais pobre que a das pessoas livres.

Diante de uma rotina permeada por trabalho excessivo e carência alimentar, a vida de um baiano das camadas médias e dos estratos mais pobres não era longa. Metade dos enfermos do Hospital São Cristóvão, entre 1823 e 1851, possuía entre 19 e 35 anos. Entre os anos de 1823 e 1830, cresceu o número de viúvas, o que pode ser explicado pela Guerra de Independência e pelas convulsões sociais dos anos 30.

⁴¹ Sobre a pobreza em Salvador ver Walter Fraga Filho (1996)

TABELA 32 – Idade dos homens⁴²

ANO	0-18	%	19-35	%	36-50	%	>50	%	ND	%	TOTAL	%
1835	73	9	412	49	203	24	105	12	56	7	849	100
1840	110	11	393	41	293	30	145	15	22	2	963	100
1848/49	82	9	435	50	201	23	150	17	3	0	871	100
1850	66	11	294	47	133	21	128	21	-	-	621	100
1851	67	9	319	45	145	20	144	20	34	5	709	100

TABELA 33 – Idade das mulheres

ANO	0-18	%	19-35	%	36-50	%	>50	%	ND	%	TOTAL	%
1835	22	6	186	54	75	22	43	13	16	5	342	100
1840	21	5	217	54	126	31	27	7	14	3	405	100
1848/49	16	5	113	36	89	29	91	29	3	1	312	100
1850	14	5	105	41	61	24	72	28	4	2	256	100
1851	39	10	129	34	84	22	122	32	8	2	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1835-1851).

4.4.8 O estado matrimonial

O estado matrimonial dos enfermos demonstra que predominavam pessoas solteiras para ambos os sexos. *A priori*, pareceu que a maioria da população era celibatária, mas este dado tem que ser observado com cuidado. Entre os anos de 1848 e 1851, mais da metade dos enfermos era de estrangeiros e marítimos, majoritariamente solteiros. Quanto aos baianos, o estudo de Kátia Mattoso (1998) sobre a tipologia da família soteropolitana no século XIX revelou que a união legítima – abençoada pela Igreja – esteve reservada à elite. As camadas menos favorecidas da sociedade e os imigrantes adotaram a união livre, pois os casamentos custavam caro. Além do mais, as uniões ilegítimas não acarretavam reprovação social.

Para o escravo, casar-se significava afastar-se ainda mais da tão sonhada alforria. O branco, que tinha na cor da pele um trunfo, freqüentemente mantinha-se em concubinato com libertas, escravas ou brancas de condição social inferior. As viúvas, por motivos econômicos, muitas vezes renunciavam ao casamento, mas não se abstinham de ter filhos ilegítimos após a viuvez. Havia um número

⁴² Para os anos de 1823 e 1830 a idade dos enfermos não foi registrada.

expressivo de mulheres brancas na condição de mães solteiras. Para Kátia Mattoso (op. cit.) o celibato era um constrangimento imposto pela pobreza mais do que uma opção.

TABELA 34 – Estado matrimonial dos homens

ANO	SOLTEIRO	%	CASADO	%	VIÚVO	%	ND	%	TOTAL	%
1823	392	69	55	10	13	2	105	19	565	100
1830	482	60	72	9	32	4	212	27	798	100
1835	626	74	90	11	29	3	104	12	849	100
1840	743	77	108	11	54	6	58	6	963	100
1848/49	704	81	106	12	45	5	16	2	871	100
1850	503	81	74	12	31	5	13	2	621	100
1851	533	75	78	11	30	4	68	10	709	100

TABELA 35 – Estado matrimonial das mulheres

ANO	SOLTEIRA	%	CASADA	%	VIÚVA	%	ND	%	TOTAL	%
1823	89	42	32	15	23	11	70	33	214	100
1830	159	51	19	6	44	14	91	29	313	100
1835	258	75	15	4	30	9	39	11	342	100
1840	308	76	28	7	38	9	31	8	405	100
1848/49	250	80	18	6	36	12	8	3	312	100
1850	211	82	17	7	21	8	7	3	256	100
1851	285	75	22	6	37	10	38	10	382	100

Fonte: SCMB – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

4.5 DOENÇAS E TERAPÊUTICAS

As doenças que mais atingiram as mulheres internadas no Hospital São Cristóvão foram, em grau de incidência⁴³, a tísica e demais doenças do sistema respiratório; as doenças venéreas; a alienação; as diarréias e outras complicações do sistema gastro-intestinal; as úlceras, fistulas e abcessos; as febres; as contusões, fraturas e luxações; as doenças de pele e as doenças de mulheres.

⁴³ Vide conceituação no capítulo II.

TABELA 36 – Doenças incidentes na população feminina⁴⁴

DOENÇAS	1848/1849			1850			1851		
AGONIZANTE/MORIBUNDO	8	3%	3%	1	2%	0%	3	1%	1%
ALIENAÇÃO MENTAL/DELÍRIO/DEMÊNCIA	17	7%	5%	5	11%	2%	16	7%	4%
APOPLEXIA/CONGESTÃO CEREBRAL/PARALISIA	6	2%	2%	5	11%	2%	2	1%	1%
ARTHRITE/RHEUMATISMO	6	2%	2%	1	2%	0%	12	6%	3%
ASMA/BRONQUITE/PNEUMONIA/PULMONITE	9	3%	3%	2	4%	1%	13	6%	3%
CAQUEXIA/CANSAÇO/DEBILIDADE	6	2%	2%	0	0%	0%	2	1%	1%
CONTUSÕES/FRATURAS/LUXAÇÕES/AMPUTAÇÃO/CARIES	13	5%	4%	3	7%	1%	4	2%	1%
DIARRÉIA/COLITE/EMBARAÇO GÁSTRICO/GASTRALGIA/GASTRITE	20	8%	6%	2	4%	1%	21	10%	5%
DORES/SCIÁTICA/LUMBAGO/CÓLICAS	1	0%	0%	1	2%	0%	1	0%	0%
FEBRES/CONSTIPAÇÃO/BEXIGAS/VARIOLA/SARAMPO	9	3%	3%	3	7%	1%	13	6%	3%
GANGRENA/TÉTANO	4	2%	1%	1	2%	0%	0	0%	0%
HEMORRÓIDAS/ALMORREIMAS	6	2%	2%	0	0%	0%	3	1%	1%
HEPATITE/SPLENITE	5	2%	2%	2	4%	1%	5	2%	1%
HYDROPSIA/ASCITE/ANASARCA/HYDROTORAX	10	4%	3%	0	0%	0%	4	2%	1%
INFLAMAÇÕES/OPHTALMIA	4	2%	1%	0	0%	0%	6	3%	2%
INVALIDEZ	12	5%	4%	1	2%	0%	4	2%	1%
PARTO/DOENÇAS DE MULHERES	6	2%	2%	2	4%	1%	8	4%	2%
SARNA/DARTROS/EMPIGEM/ERYSIPELA/ESCRÓFULAS/ALPORCAS/LEPRA	10	4%	3%	1	2%	0%	12	6%	3%
SIFILIS/BUBÃO/CANCRO VENÉREO/GOMMAS/DOENÇAS VENÉREAS	24	9%	8%	7	15%	3%	11	5%	3%
TÍSSICA	40	15%	13%	3	7%	1%	34	16%	9%
ÚLCERAS/FERIDAS/FISTULAS/ABCESSOS	17	7%	5%	0	0%	0%	23	11%	6%
OUTRAS	26	10%	8%	6	13%	2%	18	8%	5%
ND	53	259	17%	210	46	82%	167	215	44%
	312	100%	100%	256	100%	100%	382	100%	100%

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

O público masculino foi acometido de febres; tísica e doenças do sistema respiratório; doenças venéreas; diarreias e demais “embaraços” gástricos; úlceras, feridas e abcessos; doenças de pele; hepatite; artrite e reumatismo; contusões e fraturas.

⁴⁴ Nas tabelas de doenças, em cada ano, a primeira coluna contém o número de casos; a terceira coluna contém o percentual, em relação ao total de enfermos(as); e a segunda coluna contém o percentual, considerando apenas o total de enfermos(as) cuja moléstia foi informada, ou seja, excluindo o item “ND” (não disponível).

TABELA 37 – Doenças incidentes na população masculina

DOENÇAS	1848/1849			1850			1851		
AGONIZANTE/MORIBUNDO	17	2%	2%	1	1%	0%	6	1%	1%
ALIENAÇÃO MENTAL/DELÍRIO/DEMÊNCIA	32	4%	4%	1	1%	0%	12	3%	2%
APOPLEXIA/CONGESTÃO CEREBRAL/PARALISIA	10	1%	1%	7	5%	1%	13	3%	2%
ARTHRITE/RHEUMATISMO	29	4%	3%	3	2%	0%	26	6%	4%
ASMA/BRONQUITE/PNEUMONIA/PULMONITE	30	4%	3%	7	5%	1%	28	7%	4%
CAQUEXIA/CANSAÇO/DEBILIDADE	8	1%	1%	1	1%	0%	0	0%	0%
CONTUSÕES/FRATURAS/LUXAÇÕES/AMPUTAÇÃO/CARIES	32	4%	4%	5	4%	1%	8	2%	1%
DIARRÉIA/COLITE/EMBARAÇO GÁSTRICO/GASTRALGIA/GASTRITE	84	12%	10%	6	4%	1%	39	9%	6%
DORES/SCIÁTICA/LUMBAGO/CÓLICAS	24	3%	3%	0	0%	0%	6	1%	1%
FEBRES/CONSTIPAÇÃO/BEXIGAS/VARIOLA/SARAMPO	109	15%	13%	40	30%	6%	53	13%	7%
GANGRENA/TÉTANO	3	0%	0%	2	1%	0%	1	0%	0%
HEMORRÓIDAS/ALMORREIMAS	4	1%	0%	2	1%	0%	0	0%	0%
HEPATITE/SPLENITE	16	2%	2%	7	5%	1%	26	6%	4%
HYDROPIسيا/ASCITE/ANASARCA/HYDROTORAX	19	3%	2%	2	1%	0%	12	3%	2%
INFLAMAÇÕES/OPHTALMIA	7	1%	1%	1	1%	0%	5	1%	1%
INVALIDEZ	10	1%	1%	1	1%	0%	5	1%	1%
SARNA/DARTROS/EMPIGEM/ERYSIPELA/ESCRÓFULAS/ALPORCAS/LEPRA	31	4%	4%	3	2%	0%	31	8%	4%
SÍFILIS/BUBÃO/CANCRO VENÉREO/GOMMAS/DOENÇAS VENÉREAS	87	12%	10%	9	7%	1%	43	10%	6%
TÍSICA	51	7%	6%	9	7%	1%	28	7%	4%
ÚLCERAS/FERIDAS/FISTULAS/ABCESSOS	61	8%	7%	11	8%	2%	35	8%	5%
OUTRAS	62	9%	7%	17	13%	3%	36	9%	5%
ND	145	726	17%	486	135	78%	296	413	42%
	871	100%	100%	621	100%	100%	709	100%	100%

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

4.5.1 As febres

Havia diferentes espécies de febres: biliosa, intermitente, catarral, cerebral, gástrica, inflamatória, láctea, maligna, militar, nervosa, pernicioso, puerperal, pútrida, remitente e outras (Chernoviz, 1878, p. 1042-1060). Elas eram constantes em Salvador, mas o problema se agravou a partir de setembro de 1849, quando uma epidemia de febre amarela chegou à Bahia⁴⁵.

A cidade já convivia com o mal da “bicha” desde 1686 (Teixeira, 2000), e tudo indica que ela estava incorporada ao rol das doenças longitudinais, até a irrupção do surto epidêmico que ceifou cerca de 1.310 vidas nas freguesias suburbanas de Salvador e 549 no interior da Bahia e no Recôncavo (Amaral, 1923). Nas décadas de 60 e 70 do século XIX, a febre amarela continuou presente de maneira endêmica nas ruas e portos da cidade e no Recôncavo baiano, atacando em maior número os estrangeiros que para cá migraram ou estavam apenas de passagem (Nascimento, 1986).

No relatório elaborado pelo Conselho de Salubridade da Bahia, seis meses antes da epidemia se fazer notar, as febres biliosas e intermitentes eram motivos

⁴⁵ Sobre a compreensão da medicina baiana acerca da febre amarela, ver o capítulo I.

de preocupação (APEB, maço 5315), e já se manifestava uma epidemia desconhecida, denominada de *polka*, que nada mais era do que os primeiros casos de febre amarela.

Esta epidemia durante a sua marcha sofreu diferentes modificações; às vezes tomando a forma de uma simples diarreia, outras de uma febre biliosa seguida em poucos dias de uma erupção semelhante à escarlatina; e finalmente de uma febre reumática acompanhada de dores agudas e que às vezes duravam por meses: contudo o seu curativo era fácilimo apenas exigindo alguns ligeiros vomitórios ou purgantes, e dieta (APEB, dr. George [?], Vice- Presidente do Conselho de Salubridade, maço 5315).

A Santa Casa da Misericórdia providenciou a criação de enfermarias especiais, em outro espaço que não o do hospital, para acolher os amarílicos, visando separá-los dos demais enfermos. Portanto, não podemos afirmar que os casos de febres que aparecem na nossa coleta de dados⁴⁶ estão diretamente relacionados à epidemia de 1849.

A febre amarela atingiu mais homens que mulheres. Para o dr. Antônio Polycarpo Cabral, médico do Hospital São Cristóvão por ocasião da epidemia, esta doença era mais veemente nos adultos, poupava os velhos, vinha fraco nos meninos e nas mulheres. Ele declarou ter prestado seus cuidados a 43 mulheres no hospital, a 83 recolhidas, e 38 enjeitadas, além de muitas outras em sua clínica particular, e não registrou nenhum óbito (Souto, 1850, p. 28-35). Esta predominância masculina no índice de morbidade está relacionada às atividades comerciais e portuárias, onde predominava a mão-de-obra varonil e, dada a relação entre as epidemias, o porto e a rua, os homens eram os primeiros a serem atingidos.

⁴⁶ Dentre os anos selecionados para a coleta de dados sobre os doentes assentados no Hospital São Cristóvão, as enfermidades só foram registradas a partir de 1848. Assim, nossa análise sobre os diversos tipos de enfermidades recaiu entre os anos de 1848, 1849, 1850 e 1851.

TABELA 38 – Estatística dos amarílicos tratados pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia entre 01/11/1849 e 15/09/1850

DOENTES	Entrados	Curados	Falecidos
Estrangeiros	194	117	77
Brasileiros	90	72	18
Mulheres	42	42	0
Africanos	8	8	0
TOTAL	334	239	95

Fonte: Souto (1850).

A terapêutica empregada principiava com a provocação da sudorese através de chá (o de sabugueiro era muito recomendado), escalda-pés, e cobertores de lã; quando apareciam os vômitos, recomendavam-se os purgantes; água fria e limonada para aplacar a sede; bandagem umedecida com água e vinagre, aplicada sobre a testa, para mitigar as dores de cabeça e as altas temperaturas; a quinina para a fase onde aparecia a cor amarela e a prostração; os sinapismos nas cadeiras, coxa e pernas; a dieta alimentar deveria ser a base de caldos de carne e de galinha, um pouco de vinho e laranjas (Chernoviz, op. cit., p. 1046-1047).

A sangria também foi utilizada, segundo aquela máxima de que “era boa para tudo”, a ponto de ser considerada, nos anos 40, o único remédio para certas espécies de febres e muitas inflamações internas (Dantas, 1847, p. 6). Mas, os resultados colhidos com a terapia antiflogística não foram muito animadores, o que colocou em cheque o uso indiscriminado de sanguessugas, principalmente em doenças epidêmicas.

4.5.2 A tísica

A tísica e demais doenças do sistema respiratório, como asma, bronquite, pneumonia e pulmonite, figuravam no rol das doenças longitudinais (endêmicas e crônicas) e, por vezes, ganhavam a forma epidêmica, como a epidemia de catarro brônquico em 1842 e da coqueluche em 1844 (Costa, 1849, p. 42).

A tísica ou tuberculose pulmonar⁴⁷ atingia, sobretudo, os soteropolitanos e cresceu muito nas décadas de 30 e 40 (Costa, 1849, p. 42-43). O aumento desta doença ocorreu em um período de forte recessão da economia baiana, entre os anos de 1830 e 1845, com o declínio das exportações do açúcar, fumo e algodão (Barickman, 2003). No rastro da depressão econômica vinha a escassez de alimentos e, o que já era de má qualidade, na crise, tornava-se escasso e muito caro.

Durante o século XIX, uma série cíclica de secas⁴⁸ atingiu a Bahia, provocando episódios de fome, escassez de víveres, carestia de alimentos, movimentos migratórios, prejuízo para o comércio, morte, intervenção governamental e da sociedade civil, ao praticar a caridade pública para com os flagelados (Gonçalves, 2000). A seca provocava rarefação dos gêneros alimentícios, e o pouco que circulava atingia preços estratosféricos.

Em 1833/1834, a seca provocou desabastecimento em Salvador e no Recôncavo, aumentando o preço da farinha de mandioca e forçando a Presidência da Província a pedir remessa deste produto ao mercado do Rio de Janeiro; em 1844/1845, a seca na região de Juazeiro faz retornar a crise de abastecimento de farinha em Salvador e arredores. Este gênero era o mais consumido na dieta alimentar dos baianos, e esta tendência reflete-se no Hospital São Cristóvão, onde este item era o mais adquirido para alimentar enfermos, escravos e funcionários.

Junto com os picos de crise econômica, desabastecimento e comoções sociais, crescia a incidência de doenças endêmicas e apareciam as epidemias. Na realidade, a tísica estava relacionada aos baixos padrões socioeconômicos de existência.

Quatro modelos etiológicos dominaram o pensamento médico no século XVIII, quando esta doença tornou-se alarmante no continente europeu: a teoria do contágio; a da desordem fisiológica; a da predisposição hereditária; e aquela que estabelecia relação entre o comportamento e o estilo de vida. A teoria da hereditariedade triunfou sobre as demais, dominando grande parte do século XIX

⁴⁷ Esta terminologia só foi utilizada em fins do século XIX (Bernier, 2005).

⁴⁸ Graciela Gonçalves (2000) realizou a cronologia das secas que atingiram a Bahia entre os séculos XVI e XIX. Daremos destaque àquelas que ocorreram na primeira metade do século XIX e que trouxeram transtornos para Salvador.

no contexto da afirmação progressiva das ideologias liberais e individualistas deste período (Bernier, 2005).

A medicina baiana absorveu os postulados explicativos da enfermidade e elencou uma série de causas para o aumento da doença na Bahia, dentre elas estavam “os prazeres do amor gozados em épocas precoces e freqüentemente”, o abuso da masturbação e da sodomia, a alimentação com poucos nutrientes, o tabagismo, a intensa atividade social (saraus, teatros e cassinos) e a variabilidade atmosférica da capital baiana, considerada a principal causa.

Os médicos baianos eram partidários do conceito da hereditariedade da tuberculose (Costa, 1849, p. 45). Seria preciso mais algumas décadas para que outra explicação viesse a lume e a crença na transmissão por herança fosse abalada. Em 1865, o médico francês Jean-Antoine Villemin (1827-1892)⁴⁹, através do método experimental, demonstrou que a tísica poderia ser inoculada de uma cobaia para outra e que a causa da doença seria um “vírus” que se multiplicava no corpo doente. Só em 1882 o bacilo da tuberculose seria descoberto por Robert Koch.

Em Salvador, assim como no Rio de Janeiro, a tísica atingiu mais mulheres que homens (Karasch, 2000). Tal propensão feminina para contrair a tuberculose está relacionada aos baixos indicadores sócio-econômicos, aos trabalhos pesados e a uma alimentação deficitária, como já dissemos. Mas a tísica também estava associada ao porto de Salvador, que despejava grandes levas de imigrantes e marítimos da Europa e dos EUA, onde esta doença era endêmica⁵⁰. Estes homens mantinham relações sexuais com as baianas que se tornavam portadoras e disseminadoras da enfermidade, principalmente ao executarem tarefas relacionadas ao preparo e venda de alimentos e ao aleitamento, uma vez que era comum o mercado de amas-de-leite.

Diante desta doença, a medicina prescrevia uma mudança de ambiente e de atitudes, como a estadia em regiões secas e quentes, pouco sujeitas às variações atmosféricas, a exemplo de Feira de Santana, considerada a

⁴⁹ Nasceu em Vosges, na França, estudou medicina em Estrasburgo e Paris, diplomando-se em 1853. Publicou em 1868 a obra *Études sur la Tuberculose; Preuves Rationnelles et Expérimentales de sa Spécificité et Son Inoculabilité*. (Disponível em: <<http://villemin.gerard.free.fr/Esprit/Villemin.htm>>. Acesso em: 4 out. 2005.

⁵⁰ Esta hipótese foi levantada por Karasch (2000) para o Rio de Janeiro, mas também se aplica a Salvador.

“Petrópolis da Bahia” (Silva, 2000); realizar caminhadas moderadas; praticar equitação comedidamente; ingerir carnes assadas de vaca e de carneiros; acrescentar à dieta alimentar féculas e vegetais, além de vinho; evitar os pesares e as paixões, assim como o trabalho intelectual exagerado; fazer uso do óleo de fígado de bacalhau; tomar banhos em águas sulfurosas, a exemplo das Caldas de Minas Gerais e da Bahia e as Caldas da Rainha, em Portugal⁵¹ (Chernoviz, op. cit., p. 1065-1069).

Ao longo da primeira metade do século XIX a tuberculose esteve associado a um sentimento de romantismo, muito explorado pela literatura, protagonizando o requinte, a delicadeza, desprendendo o indivíduo das preocupações mundanas, aguçando assim o seu espírito criativo (Porto, 2004). Todavia, a realidade das massas trabalhadoras e as revoluções sociais que atravessaram a Europa em 1848 revelaram uma existência humana menos romântica e mais dramática e, a tuberculose começa a ser associada a vida insalubre dos trabalhadores.

4.5.3 As doenças venéreas

As doenças venéreas, tais como a sífilis o bubão, a gonorréia e os cancros foram preocupações recorrentes entre a “gente do mar” e da terra e, constam na relação de enfermidades tratadas no Hospital São Cristóvão. Na realidade, havia uma confusão entre os diversos males venéreos que chegaram ao Brasil junto com a colonização portuguesa.

A sífilis ‘apareceu’ na Europa no final do século XV, chegando a ser considerada uma doença banal por não serem conhecidos os seus desdobramentos no interior do corpo humano. Esse desconhecimento marcou a história social dessa doença até a segunda metade do século XIX, tendo sido ela confundida com formas mais brandas ou mais facilmente curáveis. Diferentemente da lepra, da cólera e da peste, a sífilis se tornou o que Carrara (1996) chama de “realidade médica” por que somente esses podiam avaliá-la e diagnosticá-la.

⁵¹ Sobre o estudo das águas termais no Brasil e em Portugal ver Maria Manuel Quintela (2004).

Até meados do século XIX o entendimento sobre a sífilis estava baseado em três princípios: o empírico-terapêutico, onde qualquer doença que cedesse ao mercúrio seria considerada como sífilis; o experimental-patológico, baseado na observação clínica e na inoculação do vírus em seres humanos; e no patogênico, onde se acreditava na ‘corrupção’ do sangue pela sífilis (Carrara, op. cit.). As primeiras mudanças no quadro surgem em 1842 com o trabalho do médico norte-americano radicado em Paris, Philippe Ricord que a distinguiu da blenorragia, contribuindo para a sua singularização.

Na primeira metade de século XIX Spix e Martius (1961) chamaram a atenção para a existência da sífilis, espalhada pelo território brasileiro, e a falta de clareza no diagnóstico dos médicos, comumente confundindo o mal venéreo com o escorbuto. Quanto à existência da sífilis em terra *brasilis*, enquanto mal endêmico, não há o que refutar, mas o mesmo não se pode dizer quanto o diagnóstico dos naturalistas, uma vez que lhes faltava os recursos teóricos e técnicos para uma diagnose mais precisa. A diferenciação entre sífilis e demais doenças só ocorreu na virada do século XIX para o século XX, a partir de uma outra construção nosológica, a partir da medicina laboratorial⁵².

De forma alarmista o acadêmico José Cândido da Costa escreveu nas páginas do Athêneo que a sífilis afetava quase toda a população baiana, para em seguida, associá-la aos pobres e as prostitutas. Estas eram as maiores disseminadoras do mal e, para minimizar o estrago, Costa conclama o governo a impor um regulamento nas casas de prostituição (Costa, 1849, p. 42), a fim de controlar os homens e o desregramento sexual. Esta estratégia foi a principal forma de combate à doença até a invenção e disseminação do antibiótico no século XX.

Até meados do século XIX a terapêutica empregada para combate da sífilis e demais doenças venéreas era o mercúrio, seguido do iodureto de potássio. A salsaparrilha, o sassafrás⁵³, o guáiaço⁵⁴ e a raiz da china⁵⁵ entravam como coadjuvantes do tratamento mercurial (Chernoviz, op. cit., p. 1011-1015).

⁵² Sobre a sífilis neste período ver Gisele Sanglard (2005).

⁵³ Árvore originária da América do Norte e sua raiz era empregada no combate a sífilis (Chernoviz, op cit, p. 932).

⁵⁴ Árvore da Jamaica e Ilha de São Domingos, cuja casca e raízes eram empregadas na cura da sífilis e do reumatismo (Chernoviz, op. cit., p. 93-94).

As doenças venéreas, em especial a sífilis, alimentaram um rentável negócio de medicamentos, pois nos jornais do século XIX, o anunciante sempre trazia um “poderoso e atestado” produto anti-sifilítico, validado pelos médicos locais renomados, a exemplo da *Água Anti-sifilítica*, para as diversas manifestações da sífilis e do gálico, cuja garrafa custava 1\$000 ou uma *Poção Anti-Blenorrágica*, para as gonorréias – uma garrafa – 1\$000. (BN-RJ, *O Democrata*, 1871, p. 3) A tuberculose e a sífilis formam consideradas doenças da urbe, onde a promiscuidade e os valores familiares mais flexíveis levavam a propagação dessas doenças.

4.5.4 A alienação

A alienação foi uma doença que acometeu um certo número de enfermos internados no Hospital São Cristóvão, principalmente na ala feminina. Foi a partir do século XIX que a medicina passou a se apropriar da loucura, vista enquanto patologia (Foucault, 2003).

Durante os Oitocentos os médicos afirmavam que doenças mentais refletiam uma conexão entre mente e corpo. Se a mente estava desequilibrada, havia uma lesão no cérebro, e a causa da excitação poderia ser física ou emocional (Theriot, 1999). Para as autoridades médicas brasileiras do século XIX a loucura era uma manifestação de ausência absoluta da razão diretamente associada ao delírio e esta começou a ser construída enquanto doença mental entre os anos 30 do século XIX e os anos 20 do século XX (Engel, 2001).

Os médicos Oitocentistas consideravam que a degeneração moral era a principal causa da alienação. Isto valia tanto para homens como mulheres, embora estas estivessem mais propensas que aqueles. Em seguida vinha o temperamento nervoso, uma educação viciosa, o celibato, as profissões que exigiam grande “esforço do espírito”, as revoluções políticas, a superstição, os excessos venéreos, os licores fortes, a leitura de romances, o ócio e a congestão cerebral (Chernoviz, op. cit., p. 308).

⁵⁵ Arbusto sarmentoso da China e do Japão, cuja raiz cozida era empregada no cura da sífilis (Chernoviz, op. cit. p. 562-563..)

Assim como a sífilis era uma doença associada às prostitutas e aos desregrados moralmente, a loucura aparece associada à mulher e aos escravos. As primeiras apresentavam histeria, ataques epileptiformes⁵⁶, palpitações, melancolia, faniquitos, “muitas vezes fingidos” e algumas outras nevroses. Os africanos eram propícios ao suicídio por estarem “afetados de nostalgia” ou para fugir do rigorismo senhorial. Acreditavam que com a morte iriam reviver em seu país de origem (Costa, 1849, p. 45). O argumento de que as mulheres eram instáveis física e mentalmente irá deitar raízes na segunda metade do século XIX e início do XX, fornecendo o argumento necessário para a psiquiatria fundamentar os casos de loucura feminina⁵⁷.

O tratamento da alienação era um terreno movediço e desconhecido, concentrando-se basicamente no isolamento e na vigilância, associados as sangrias esporádicas. Nas enfermarias do Hospital São Cristóvão a situação dos alienados era lastimável, ficando estes misturados com o demais doentes. A partir dos anos 50 a Provedoria da Santa Casa passou a denunciar a condição dos “infelizes abandonados do uso da razão não encontrarem no Hospital da Caridade as comodidades apropriadas a seu tratamento como exigem hoje os progressos da ciência: as que existem são reconhecidamente péssimas” (APEB, Maço 5286, 16/03/1865).

A Santa Casa da Misericórdia pressionava para que o poder público criasse um asilo específico para os alienados. Em 16 de abril de 1873 foi celebrado um contrato entre a Província e a Santa Casa, onde esta ficaria encarregada de fundar, gerenciar e administrar o Asilo São João de Deus, inaugurado em 24 de Junho de 1874 (SCMBA, *Cerimônia da inauguração do Asilo de Alienados São João de Deus*, 1874).

Os atingidos pela “ausência da razão” viviam em uma cidade marcada por guerras e revoltas, pela carestia, pela fome e epidemias. Além da estrutura macro-econômica desfavorável havia a condição sub-humana imposta pela escravidão.

⁵⁶ Que se assemelha a epilepsia, às suas manifestações (Aurélio Buarque de Holanda, *Dicionário eletrônico*).

⁵⁷ Sobre a loucura feminina ver Abelson (1999), Theriot (1999) e Loudon (1988).

4.5.5 As diarreias e outras doenças do sistema gastro-intestinal

As lesões gastro-intestinais eram muito comum, tanto na população dos marítimos europeus quanto nos baianos. Dentre elas, a diarreia era a que provocava as maiores baixas, principalmente entre a população escrava.

Os médicos acreditavam que esta doença era produzida por causas que atuavam diretamente sobre o canal intestinal, a exemplo das frutas verdes, da bebida alcóolica, dos alimentos gordurosos e apimentados (Costa 1849, p, 42; Chernoviz, op. cit., p. 849) e acreditavam que a “arte” conseguia quase sempre curá-la.

O tratamento variava conforme o grau de intensidade da evacuação: se leve, bastava diminuir a quantidade de alimentos e optar por um regime composto de sopas, carne fresca, ovos, frango, carneiro, peixes, vegetais, pão e bebidas mucilaginosas como a água de arroz; se intensa, o doente deveria suspender os alimentos sólidos e manter só os líquidos como água de cavada, água de arroz e dissolução de goma arábica, manter repouso total, e aplicar clisteres de linhaça duas vezes por dia (Chernoviz, op. cit., p. 850).

Há que se levar em conta que os “desarranjos” do intestino eram também provocados pelos vermes. Este problema foi tão relevante que suscitou, algumas décadas mais tarde, a reunião de um grupo de médicos reunidos em torno dos estudos de helmintologia: os tropicalistas baianos.

4.5.6 Feridas, contusões e úlceras

A população socorrida no hospital baiano exercia atividades que ocasionavam ferimentos superficiais ou crônicos e contusões que poderiam resultar nas úlceras. Este público preenchia as enfermarias masculina e feminina de cirurgia chefiada pelo dr. Jonathas Abbott.

As feridas, também chamadas de chagas, eram definidas como “solução de continuidade feita nas partes moles por uma causa externa” (Chernoviz, op. cit., p. 1063), provocadas por contusões, por instrumentos cortantes ou picantes, por mordedura de animal, por amputação, e por fim, haviam as feridas

provocadas por armas de fogo, temática que gerou várias teses da Faculdade de Medicina da Bahia.

A terapêutica era peculiar a cada tipo de ferida. Nas dilacerações simples com instrumentos cortantes era recomendado unir os dois lados da fenda com esparadrapo ou atadura; nas mais profundas o cirurgião recorria às suturas; nas contusões eram aplicados panos untados com glicerina, cataplasma de linhaça e compressa com aguardente canforada; nas mordeduras era aconselhável a cataplasma de linhaça ou de fécula, e unguentos; nas amputações a hemorragia era o primeiro problema a ser enfrentado através da laqueação das artérias, em seguida lutava-se para conter a podridão de hospital ou gangrena pro intermédio das cauterizações com cáusticos; nas feridas por armas de fogo o cirurgião tentava extrair o corpo estranho (grãos de chumbo, pedaços de ferro, pedra, vidro, etc) e daí, o tratamento era semelhante ao das demais feridas (Chernoviz, op. cit., p. 1063-1108).

As úlceras eram compreendidas como uma afecção crônica que afetava principalmente as pernas. A pele tornava-se vermelho escuro, e formavam-se botões; ocorria a dor e inchação do membro afetado; em seguida a pele abria-se e dali ocorria uma supuração. O tratamento era composto de repouso, cataplasmas, sobretudo o de linhaça ou de fécula e limpeza com água morna; as mais recalcitrantes e profundas eram cauterizadas com cáusticos (Chernoviz, op. cit., p. 1107-1108).

O acadêmico José Cândido da Costa (op. cit., p. 45) afirmou que os mendigos era muito afeitos as úlceras, as quais faziam questão de conservar para assim, angariar a compaixão pública. Os operários as tinham, nas pernas, por ficarem boa parte do tempo em pé; os negros estavam vulneráveis ao tétano e a gangrena por conta das operações, das feridas por arma de fogo e das picadas. O depoimento do estudante reforça a condição de extrema vigilância dispensada aos escravos, em uma Bahia que mantinha muito viva a memória das rebeliões escravas, cujas milícias particulares e até mesmo a força militar oficial não exultava em atirar nos cativos insurgentes⁵⁸.

⁵⁸ Sobre o levante dos malês ver João José Reis (2003).

4.5.7 Fraturas e luxações

As fraturas e luxações ocorriam em acidentes domésticos como também nas ruas e nas embarcações. Para tratá-las era necessário “colocar o osso no lugar”, operação que era realizada pelo cirurgião e seus ajudantes, geralmente aos alunos, por meio de manobras chamadas extensão⁵⁹, contra-extensão⁶⁰ e cooptação⁶¹. Depois de corrigida a deslocação da fratura era preciso imobilizar a parte do corpo lesionada e para tal usava-se as talas e as almofadas (Chernoviz, op. cit., p.1170).

A luxação também era chamada de deslocação e se diferenciava da fratura pela ausência da crepitação. Estes acidentes eram provocados por uma pancada, uma queda ou por atividades sujeitas ao continuado excesso de peso, transportado nos braços ou nos ombros, a exemplo dos escravos carregadores de cadeiras e de mercadorias. As deslocações mais freqüentes eram as do ombro, da mão, da coxa, da perna e do queixo. O tratamento era semelhante ao da fratura.

4.5.8 A hepatite

A inflamação do fígado ou hepatite era considerada uma doença endêmica na Bahia (Costa, op. cit., p. 41) e no Rio de Janeiro. A incidência desta doença na corte era comparada à da tuberculose e da malária. Mary Karasch (2000) observou que era muito comum entre os escravos.

Estava associada ao clima tropical, as bebida alcoólicas, à supressão do fluxo menstrual, a vida sedentária, as paixões violentas ou o pesar profundo. O tratamento era a base de sangrias, purgantes de magnésia calcinada, cataplasma de linhaça ou de fécula. A dieta era a base de limonada e caldos de galinha. Para os doentes abastados era aconselhável viajar até a França e fazer uso das águas de Vichy (Chernoviz, op. cit., p. 1125-1132).

⁵⁹ “É uma tração praticada sobre o fragmento inferior da fratura por meio de uma força aplicada a porção do membro que se continua com este fragmento” (Chernoviz, op. cit., p. 1170).

⁶⁰ “É uma tração feita sobre a porção do membro que se continua com o fragmento superior, para impedir este de ser arrastado pela forças extensivas” (Idem, ibidem).

⁶¹ “É uma manobra que tem por fim assegurar as relações exatas de dois fragmentos, uma vez que a deslocação foi corrigida pela extensão e pela contra-extensão” (Idem, ibidem).

4.5.9 Artrite e reumatismo

A artrite e o reumatismo faziam-se notar no inverno quando as temperaturas caíam e as chuvas tornavam-se mais freqüentes. Geralmente acometia a população menos jovem, a partir dos 40 anos, ou aqueles que ficavam expostos as chuvas, aos ventos e ao sereno.

Aplicavam-se em redor das juntas panos molhados em aguardente canforada e água fria, sanguessugas e cataplasma de linhaça; recomendavam-se os banhos em águas sulfurosas, a fricção com óleos balsâmicos e canforados; os sinapismos; era necessário fazer repouso e alimentar-se bem (Chernoviz, op. cit., p. 857-868).

4.5.10 Parto e doenças de mulheres

Foram poucas as mulheres que apresentaram doenças ligadas a especificidade biológica feminina, ou que procuraram o hospital para dar a luz entre os anos de 1848 a 1851. Dentro de um universo de 950 enfermas, apenas 16 foram portadoras de alguma doença de mulher: duas com metrite⁶², duas com cancro nos seios, uma com cancro uterino, duas com metrorragia⁶³, sete pariram no hospital; uma abortou e uma faleceu com gangrena no útero, provavelmente consequência de algum aborto ou parto realizado fora do hospital.

A metrorragia era tratada com repouso, compressa com água fria e cataplasma de linhaça, clisteres e, no caso de sangramento intenso, era utilizado um tampão vaginal. Para a metrite era recomendada a aplicação de sanguessugas, a cataplasma de linhaça e as bebidas emolientes como a infusão de flores de malva ou cevada. O cancro, tanto no útero como nos seios, representava um desafio para o qual a medicina possuía poucos e dolorosos recursos. Costumava-se fazer a cauterização uterina com clorúeto de zinco e a extirpação do seio canceroso (Chernoviz, passim, p. 112-126, 393, 461-465).

⁶² Inflamação do útero.

⁶³ Hemorragia uterina.

Por esta ocasião o Hospital São Cristóvão não dispunha de uma enfermaria de partos ou de doenças de mulheres que viria a ser fundada no último quartel do século XIX⁶⁴. Mas, a medicina já estava atenta para os problemas específicos de mulheres, e, até apontava os que mais afligiam as senhoras baianas, conforme podemos observar nas páginas do O Athenêo :

Os cancros uterinos, as ulcerações do colo e os pólipos não são raros na cidade da Bahia: diremos até, que são muito comuns – as nossas patricias por um pudor mal entendido sentem-se adoecer – e ocultam o seu padecimento, muita vez, até do *próprio marido* – mais tarde mandam chamar a uma comadre, que ordinariamente lhes agrava o mal – enfim quando a doença tem estragado grandemente o organismo, quando talvez já não é curável, pedem um Médico, para carregar com o anátema delas e de suas famílias porque não curou uma moléstia já incurável - e sobre a qual por muito tempo especulou a indigna – *comadre*. Indubitavelmente as infecções do útero na Bahia são causadas pela vida sedentária, que leva o sexo das graças entre nós (José Cândido da Costa, op. cit., p. 56).

Estas mulheres sedentárias, com um marido para ocultar o seu mal estar, não eram do mesmo estrato social que aquelas atendidas no Hospital São Cristóvão. As hospitalizadas eram predominantemente negras escravas e mestiças livres, vivendo em condições bem diferentes das “patricias” do acadêmico José Cândido da Costa, carregando latas de água na cabeça, cestos de frutas, verduras e peixes, lavando, passando, cozinhando, costurando e criando seus filhos.

O século XIX chegava a sua metade e o hospital baiano não possuía nenhum espaço reservado às doenças de mulheres. Nenhuma discussão com esta temática havia sido travada nas reuniões da Santa Casa. No Hospital São José, em Portugal, no ano de 1850, a enfermaria Santa Bárbara realizou 238 partos, ao passo que o Hospital São Cristóvão, em Salvador, neste mesmo ano, atendeu apenas uma parturiente.

Para a primeira metade do século XIX observamos através dos casos clínicos relatados no periodismo especializado que os médicos baianos não estavam preocupados com as doenças de mulheres ou com o corpo feminino na

⁶⁴ Brenes (1991) afirma que esta enfermaria foi fundada em 1875.

sua especificidade biológica. A percepção de doença se dava num quadro longitudinal⁶⁵, onde estavam as enfermidades endêmicas e crônicas, como a tísica e a sífilis.

4.6 A MORTE NAS ENFERMARIAS FEMININAS

O índice de mortalidade nas enfermarias do São Cristóvão era de 19%, sendo que as mulheres morriam mais que os homens⁶⁶. Para compreender as causas deste índice de mortalidade, é preciso lembrar que as décadas de 40, 50 e 60 foram difíceis para a Bahia como um todo e para Salvador em particular, onde a pobreza alcançou o índice de 90% sobre o total da população (Mattoso, 1978). No rastro da pobreza, veio a crise de abastecimento, a carestia dos alimentos e uma epidemia de febre amarela, em 1848/1849.

TABELA 39 – Mortalidade

ANO	HOMENS	%	MULHERES	%	TOTAL	%
1823	133	24	74	35	207	27
1830	116	15	119	38	235	21
1835	124	15	93	27	217	18
1840	135	14	114	28	249	18
1848/49	144	17	103	33	247	21
1850	48	8	21	8	69	8
1851	110	16	94	25	204	19

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

A grande maioria das mulheres que passaram pelo Hospital São Cristóvão não possuía ocupações que lhes rendessem o suficiente que a sua sobrevivência, tornando-as mais vulneráveis em épocas de crise econômica, aproximando-as da linha de pobreza. Elas ficavam, portanto, na dependência do pai ou marido que lhes provessem. Quando viúvas ou mães solteiras, a situação tornava-se ainda mais difícil, pois elas assumiam a inteira responsabilidade pelo sustento da prole, o que as levava a repartir o pouco que possuíam. Em condições adversas de

⁶⁵ Utilizamos as categorias conceituais do Charles Rosenberg (1992).

⁶⁶ Dentro do universo que selecionamos para realizar a amostragem, as doenças foram registradas a partir de 1848.

vida, estas mulheres estavam mais propensas a contrair doenças e sucumbir diante delas.

Américo Costa (1999), ao estudar o Hospital da Misericórdia de Guimarães, afirmou que, nas últimas décadas do século XVIII, o hospital atendeu anualmente a mais de mil doentes, em uma localidade cuja população variava em torno de 4.882 a 7.852. A partir de 1810, aumentou significativamente o número de assistidos, graças à criação da enfermaria militar e a incidência da epidemia de tifo exantêmico e uma outra em 1818, não identificada pelo autor. Os dados analisados por Costa, em relação à proporção dos sexos, estiveram limitados aos primeiros 20 anos do século XVIII, e revelam que o número de mulheres enfermas foi ligeiramente superior ao de homens. Para explicar esta tendência, o autor argumentou que: as mulheres eram as principais vítimas da pobreza, situação decorrente do fato de que muitas delas eram solteiras e viúvas; existiam na vila mais mulheres do que homens; elas buscavam o hospital por causa de problemas decorrentes da gravidez e do parto; muitas eram criadas e outras tantas mendicantes, o que as deixava desassistidas quando adoeciam.

O Hospital São Cristóvão, instalado em cômodos provisórios no antigo Colégio dos Jesuítas, com as enfermarias lotadas, onde se misturavam pessoas com os mais diversos matizes de doenças, certamente não se apresentava como um lugar atrativo e eficiente para curar moléstias.

Os médicos creditavam o alto índice de mortalidade às péssimas condições higiênica dos hospitais baianos (Seixas, 1854), ao tempo que responsabilizavam as mulheres por procurá-los quando a medicina nada mais poderia fazer por elas. Subtraindo-se o excesso de eloquência dos esculápios baianos há que se questionar se não alguma verossimilhança no que eles diziam. A população masculina (marítimo, soldado, marinheiro e escravo) que mais freqüentou o hospital passava por uma internação compulsória com pouca, ou quase nenhuma condição para negociar o espaço onde desejava ser curado, até porque, o lar poderia estar do outro lado do Atlântico. As mulheres certamente se valiam do espaço doméstico e de uma rede de solidariedade formada por vizinhas, comadres e parentes que proporcionavam acolhimento em tempos difíceis, restando o hospital quando não havia quase ninguém, ou quando a morte estava muito próxima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratar das instituições (hospitais, escolas de medicina e Misericórdias) e das pessoas que as compunham (médicos, doentes e funcionários), acabamos por reconstruir as relações estabelecidas entre as sociedades (portuguesa e brasileira) e a medicina. Algumas questões que emergiram deste *etos* merecem ser retomadas, à guisa de últimas considerações.

A primeira delas é a que versa sobre o mito do atraso da medicina luso-brasileira, na primeira metade do século XIX. Na medida em que “abandonamos” a imagem que os médicos elaboraram acerca do contexto científico em que viviam, e mergulhamos no quotidiano das instituições, nas ações dos indivíduos que estiveram diretamente relacionados ao saber-fazer dos hospitais e das escolas de cirurgia e de medicina, constatamos que Portugal e Brasil estiveram em sintonia com a ciência do seu tempo.

Personagens do cenário médico-cirúrgico como Manuel Joaquim Henriques de Paiva, Joaquim da Rocha Mazarém e Jonathas Abbott influenciaram gerações de estudantes, disseminaram saberes de vanguarda e se mantiveram em dia com as inovações científicas dos Oitocentos. O que precisa ser considerado é que os “avanços” da ciência são mediados por contextos políticos e interesses de grupos. Assim, é preciso contextualizar as demandas intelectuais no cenário político e institucional.

O segundo ponto diz respeito às relações de intercâmbio da medicina luso-brasileira após a separação política, ocorrida em 1822. É amplamente aceito que nos afastamos do modelo de medicina português, associado ao arcaísmo, e nos aproximamos do modelo francês, considerado “moderno e civilizado”. No entanto, constatamos que Brasil e Portugal continuaram mantendo uma relação de mão dupla entre homens, mercadorias e saberes. Os personagens, citados acima, foram agentes desta troca cultural e científica.

Ainda falando dos homens e seus saberes, Joaquim da Rocha Mazarém compreendeu o parto enquanto evento fisiopatológico nas primeiras décadas do século XIX. A trajetória deste profissional como mestre, cirurgião e autor de obras sobre obstetrícia, a partir da sua experiência cirúrgica, é mais um fato que depõe contra o “atraso” da medicina portuguesa, em especial da “ciência dos partos”. E não podemos esquecer de que este homem foi um dos elos entre a medicina luso-brasileira.

Em princípio do século XIX, as ações políticas dos estados liberais refletiram-se nos cuidados à saúde da população, e fizeram com que Portugal e Brasil percorressem caminhos diferentes rumo a medicalização dos seus hospitais. O modelo de assistência à saúde do Império brasileiro permaneceu o mesmo dos tempos coloniais, onde a Santa Casa da Misericórdia detinha o monopólio, através da administração hospitalar. Portugal se distanciou deste padrão nas primeiras décadas do século XIX, quando a Misericórdia foi afastada da administração do nosocômio e os médicos se envolveram profundamente no processo de medicalização do Hospital São José.

Em Salvador, a medicina teve que se adequar aos interesses e às tradições da Santa Casa da Misericórdia. As transformações do espaço hospitalar revelam ambigüidades: enquanto a Irmandade era convencida, pelos médicos, da necessidade de “modernização” do nosocômio, esta tentava fazê-lo, mas sem abrir mão do poder de decisão. E nem sempre médicos e confrades tinham os mesmos interesses, principalmente quando os primeiros compreendiam que o hospital deveria ser o lugar de tratar apenas de enfermos, e os segundos determinavam que ali fossem mantidos os “desvalidos”.

O hospital, enquanto instituição, ou mais, ou menos medicalizada, abrigou em seu interior uma população extremamente variada. Dos múltiplos aspectos

que tratamos ao caracterizar o perfil do público enfermo, dois merecem destaque. O significativo número de mulheres que procurou o Hospital São José para dar à luz, ou tratar de problemas decorrentes do parto. Este dado contraria a imagem que a historiografia tem construído acerca do hospital como o último lugar da opção feminina para tratar de questões específicas das mulheres, em períodos anteriores ao século XX. Longe de esgotar o assunto, apenas levantamos dúvidas.

E, por fim, o nosso estudo revelou que o hospital da Bahia, na primeira metade do século XIX, não era o lugar, por excelência, do negro escravo ou forro, e do branco desvalido. Esta população se fez presente, sim. Mas, no conjunto, a maioria dos enfermos era composta de brancos, estrangeiros e com ocupação definida. Esta constatação demonstra que Salvador foi, de fato, uma cidade que manteve as suas portas abertas para o mundo, principalmente as do Hospital São Cristóvão.

FONTES PRIMÁRIAS

Arquivos:

Arquivo da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Lisboa.

Arquivo Público do Estado da Bahia, Salvador.

Biblioteca Nacional de Portugal, Lisboa.

Biblioteca Nacional do Brasil, Rio de Janeiro.

Memorial de Medicina Brasileiro – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Real Gabinete Português de Leitura, Rio de Janeiro.

Santa Casa da Misericórdia da Bahia, Salvador.

Impressos:

ABBOTT, Jonathas. *Discurso de encerramento do curso de Anatomia*. Bahia: Tipografia e Livraria de Epifânio Pedroza, 1858.

ABBOTT, Jonathas. *Discurso introdutório ao estudo da Anatomia Geral e Descritiva*. Bahia: Tipografia de Epifânio J. Pedroza, 1844.

ABBOTT, Jonathas. *Discurso por ocasião dos Doutoramentos conferidos em Medicina*. Bahia: Tipografia e Livraria de Epifânio Pedroza, 1857 (b).

ABBOTT, Jonathas. *Discurso preliminar sobre a utilidade da Anatomia*. Bahia: Tipografia do Correio Mercantil, 1838.

ABBOTT, Jonathas. *Esboço histórico da Anatomia desde o seu berço, até o século atual*. Bahia: Tipografia de J. P. Franco Lima, 1837.

ABBOTT, Jonathas. *Fala introdutória ao curso de Anatomia Descritiva*. Bahia: Tipografia de Carlos Poggetti, 1857 (a).

ABBOTT, Jonathas. *Mapa Osteológico*. Bahia: Tipografia de Carlos Poggetti, 1855.

AFFONSO, Manoel José e MELLO, José Francisco de. *Novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*. Lisboa: Oficina de Miguel Rodrigues, 1772.

AMARAL, Polycarpo Antonio Araponga do. *Breve descrição do estado atual dos principais hospitais desta cidade*. Bahia: Tipografia de Camillo de Lellis Masson & C, 1853.

BAHIA (Província). *Fala do Presidente da Província Desembargador João Antonio de Araújo Freitas Henriques na abertura da 1ª Sessão da 19ª Legislatura da Assembléia Legislativa Provincial da Bahia, em 01/03/1872*. Bahia, Tipografia do Correio da Bahia, 1872.

BAHIA (Província). *Fala que recitou o presidente da Província da Bahia Francisco Gonçalves Martins na abertura da Assembléia Legislativa, em 4 de julho de 1849*. Bahia: Tipografia. de Salvador Moitinho, 1849.

BAHIA (Província). *Fala que recitou o presidente da Província da Bahia Francisco Gonçalves Martins, na abertura da Assembléia Legislativa, em 1º de março de 1850*. Bahia: Tipografia Constitucional, 1850.

BAHIA (Província). *Fala que recitou o presidente da Província da Bahia João José de Moura Magalhães, na abertura da Assembléia Legislativa, em 25 de março de 1848*. Bahia: Tipografia. de João Alves Portella, 1848.

BAHIA (Província). *Fala que recitou o Presidente da Província da Bahia Joaquim José Pinheiro Vasconcellos na abertura da Assembléia Legislativa em 02 de fevereiro de 1844*. Bahia: Tipografia de L. A. Portella e Companhia, 1888.

BAUDELOCQUE, João Luis. *Princípios acerca da arte obstetrícia*. Traduzido por Antonio Ferreira Braga e Manoel Rodrigues. 4. ed. Porto: Tipografia de Viúva Alvarez Ribeiro & Filhos, 1824.

BRASIL. Carta régia de 29 de novembro de 1819. In: *Collecção das Leis do Brazil de 1819*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889.

BRASIL. *Relatório da Repartição dos Negócios da Marinha do Ano de 1848 apresentado por Manuel Vieira Tosta à Assembléia Legislativa na 1ª sessão da 8ª Legislatura*. Rio de Janeiro: Tipografia Americana de I. P. da Costa, 1849.

BUSCH, D. W. H. *Atlas de estampas da arte obstetrícia*. Traduzida do alemão pelo dr. F. Kessler e J. da R. Mazarém. Lisboa: Imprensa Nacional, 1842.

CASTRO, José Soares de. *Elementos de Osteologia Prática*. Bahia: Tipografia de Manoel Antônio da Silva Serva, 1812.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de Medicina Popular*. Paris: Casa do Autor, 1878.

COSTA, Jacinto da. *Compêndio da Arte de Partos para uso dos praticantes de cirurgia, e parteiras*. Lisboa: Impressão Régia, 1810.

COSTA, Jacinto da. *Tratado completo da cirurgia obstetrícia, ou ciência da arte de partos*. Lisboa: Impressão Régia, 1815.

CRUZ, Francisco Inácio dos Santos. *Ensaio sobre a Topografia médica de Lisboa*. Lisboa : Tipografia de Me. J. Coelho, 1843.

DAMÁZIO, Antonio Joaquim. *Tombamento dos bens imóveis da Santa Casa da Misericórdia da Bahia em 1862*. Bahia: Tipografia de Camillo de Lellis Masson & C., 1862.

DANTAS, Manoel Ladislao Aranha. *Curso de Patologia Externa*. Bahia: Tipografia de Epifanio Pedroza, 1847.

DENMAN, Thomaz. *Aforismos sobre a aplicação, e uso do fórceps, e vectis, e sobre partos preternaturais, partos acompanhados de hemorragias, e de convulsões*. Traduzido por Manoel Alvares da Costa Barreto [Cirurgião]. Lisboa: Régia Oficina Tipográfica, 1793.

FARIA, Antonio Januário de. *Apontamentos para o estudo de clínica médica: lições feitas no Hospital da Misericórdia da Bahia*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1872.

FEIJOO, Benito Jerónimo. *Cartas eruditas y curiosas*. Madrid, La Imprenta Real de la Gaceta, 1773, tomo II. Disponível em: <www.filosofia.org/bjf/bjfc217.htm>. Acesso em: 2 ago. 2004.

FERREIRA, Manoel Jesuíno. *A Província da Bahia. Apontamentos*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1875.

FREITAS, José Antonio de. *Memória histórica dos acontecimentos notáveis da Faculdade de Medicina da Bahia no ano de 1863*. Bahia: Poggeti Tourinho Dias, 1864.

GONÇALVES, Aprígio Amâncio. *Breves reflexões sobre o empirismo*. Tese apresentada e sustentada publicamente perante a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Tipografia e Camillo Lellis Masson & Ca, 1853.

HECQUET, Philippe. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes*. Bruxelles: Gay et Douce, 1881.

HENRIQUES, Francisco da Fonseca. *Medicina lusitana, soccorro delphico aos clamores da natureza humana para total profligação de seus males*. Amsterdam: Caza de Miguel Dias, 1731. 1 v.

HOSPITAL SÃO JOSÉ. *Formulário Geral Médico-Cirúrgico para o Hospital Real de São José da Cidade de Lisboa*. Lisboa: impressão da Viúva Neves e Filhos, 1828. 1 v.

MAXIMILIANO DE HABSBURGO. *Bahia, 1860. Esboços de viagem*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/FCEBa, 1982.

MAZARÉM, Joaquim da Rocha. *Anuário clínico da arte obstetrícia, começado no princípio de setembro de 1825 e terminado no fim de agosto de 1826*. Lisboa : Impr. na Rua dos Fanqueiros, 1826.

MAZARÉM, Joaquim da Rocha. *Quadros sinópticos das moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos*. Lisboa : Tipografia de J. M. R. e Castro, 1839.

MELLO, Domingos de Lima e. *Luz das comadres ou parteiras. Breve tratado de como se deve acudir aos partos perigosos*. Lisboa: Imprensa de João Nunes Esteves, 1826.

MIRANDA, Pedro Paulo de. *Recopilado exame de sangradores*. Lisboa: Oficina Pinheiriense, 1745.

PAIVA, Manuel Joaquim Henriques de. *Farmacopea Lisbonense, ou collecção dos simples, preparações, e composições mais eficazes e de maior uso*. Lisboa: Oficina de Filipe da Silva e Azevedo, 1785.

PAIVA, Manuel Joaquim Henriques de. *Preservativo das bexigas e dos seus terríveis estragos, ou história da origem e descobrimento da vacina, dos seus efeitos ou sintomas e do método de fazer a vacina*. Lisboa: Oficina de João Procópio Corrêa da Silva, 1801.

PAIVA, Manuel Joaquim Henriques de. *Relação dos principais métodos de tratar as doenças venéreas*. S/l, s/ed, s/d.

PEREIRA, Antonio Pacífico. *Memória sobre a Medicina na Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.

PORTUGAL. *Livro dos Regimentos dos Officiais Mecânicos de mui nobre e sempre leal cidade de Lisboa (1572)*. Obra fac-Simile, publicado e prefaciado pelo Dr. Vergílio Correia, Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926.

RAULIN, Joseph. *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Trad. M. R. D. A. Lisboa: Impressão Régia, 1818.

REICH, Gottfried Christian. *Da febre e da sua curação em geral*. Trad. Manoel Joaquim Henriques de Paiva. Bahia: Tipografia de Manuel Antonio da Silva Serva, 1813.

ROCA, Antônio de Monravá e. *Novissima Medicina Impugnante à nova, velha e velhissima dos autores antigos e modernos*. Lisboa: Off. do A, 1745. 2 v.

SABATIER, Raphael. *Tratado Completo de Anatomia ou Descrição de todas as partes do corpo humano*. Lisboa, Typografia Rollandiana, 1801-1802.

SALDANHA, Marechal Duque de. *Estado da Medicina em 1858*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858.

SANCHES, António Nunes Ribeiro. *Tratado da conservação da saúde dos povos*. In: *Obras*. Coimbra: Universidade, 1966.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA BAHIA. *Cerimônia da inauguração do Asilo de Alienados São João de Deus*. Bahia: Tipografia do Diário, 1874.

SEIXAS, Domingos Rodrigues de. *Memória sobre a salubridade pública na Província da Bahia*. Bahia: Tipografia de Epiphanio Pedroza, 1854.

SEIXAS, Domingos Rodrigues de. *Da cólera-morbus epidêmica de 1855 na Província da Bahia*. Bahia, Tipografia F. Guerra, 1860.

SILVA, Manoel Cesário de Araújo e. *O Hospital São José e anexos em 1853*. Lisboa: Typ. da Imprensa, 1853.

SOUTO, Salustiano Ferreira. *Descrição da febre amarela de 1849 à 1850 na Bahia*. Bahia: Tipografia de Carlos Poggetti, 1850.

SOUZA JUNIOR, Custódio Moreira de. *Últimos melhoramentos introduzidos na construção dos hospitais e maternidades*. Bahia: Imprensa Econômica, 1886.

SOUZA, Américo Brazílio de. *Breves considerações sobre o ecletismo em medicina*. Tese apresentada e sustentada publicamente perante a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Tipografia de Carlos Poggetti, 1852.

SPIX e MARTIUS. *Viagem pelo Brasil (1817-1820)*. São Paulo: Melhoramentos, 1961, 2 v.

VELPEAU, Alfred. *Traité Complet de L'Art des Accouchemens, ou Tocologie Théorique et Pratique*. Paris, J. B. Baillièere, 2 ed, Tomo 1, 1835.

VIANNA, Francisco Vicente. *Memória sobre o Estado da Bahia*. Bahia: Typographia do Diário da Bahia, 1893.

VILHENA, Luís dos Santos. *A Bahia no século XVIII*. Salvador: Itapuã, 1969, v. 1.

WEIKARD, Belchior Adão. *Chave da prática médico-browniana, ou conhecimento do estado estênico e astênico predominante nas enfermidades*. Tradução e Prefácio de Manuel Joaquim Henriques de Paiva. Lisboa : Oficina de Simão Thaddeo Ferreira, 1800.

WEIKARD, Belchior Adão. *Manual de Medicina e Cirurgia prática fundada sobre o sistema de Brown*. Tradução e Prefácio de Manuel Joaquim Henriques de Paiva. Bahia, 1818.

Revistas, jornais e periódicos:

Almanak Administrativo Mercantil e Industrial da Bahia para o ano de 1855. Bahia, Tipografia de Camillo de Lelles Masson & C., 1854.

Almanch para a cidade da Bahia, 1812.

Correio Mercantil, 13/07/1838.

Gazeta Médica de Lisboa. Lisboa: Imprensa Nacional, 1853-1864.

Jornal da Sociedade das Ciências Médicas, 1852.

Jornal de Coimbra. Lisboa, 1816.

Jornal de Notícias. Bahia, 1907.

Journal du Jura. Nº 24, Arquivo do Antigo Arcebispado de Bâle, Suíça, 10 de Junho de 1857.

O Athenêo: Periódico Científico e Literário dos estudantes as Escolas de Medicina da Bahia. Bahia, Tipografia Liberal do Século, 1849-1850.

O Crepúsculo. Periódico Instrutivo e Moral da Sociedade Instituto Literário. Bahia, Tipografia do Correio Mercantil, 1845-1847.

O Democrata. Bahia, Tipografia Luiz da Costa Dórea, Anno I, nº 37, 07 de setembro de 1871.

O Musaico: periódico mensal da sociedade instrutiva da Bahia. Bahia: [s/ed], vol II, nº 10, abril de 1846.

O Prisma: jornal científico e literário da escola de Medicina da Bahia. Bahia: Tipografia de Antonio Olavo da França Guerra e Companhia, nº 5, julho de 1854, série 2.

Revista Americana: Jornal dos conhecimentos úteis, científico e literário. Tomo I, Bahia, Tipografia de Epifanio Pedroza. Janeiro e Fevereiro, 1848.

Manuscritos:

ANTT, Hospital São José, maço 04.

ANTT, Ministério do Reino, maço 3655.

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial e Provincial, Série Religião, Santa Casa da Misericórdia (Capital), maço 5286.

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial Provincial, Colonos, maço 4608.

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial Provincial, Religião, maço 5276.

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial Provincial, Religião, maço 5286,

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial Provincial, Saúde, maço 5315.

APEB, Presidência da Província, Seção Colonial Provincial, Série Polícia, maço 6418.

FMB, Livro de Matrícula dos alunos da Escola Médico-Cirúrgica e da Faculdade de Medicina da Bahia, 1816-1874.

SCMBA, Correspondências da Provedoria, 1833, 1850, 1853, 1855.

SCMBA, Folha de Vencimentos dos Empregados, 1844.

SCMBA, Livro 11º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1830-1833.

SCMBA, Livro 12º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1833-1836.

SCMBA, Livro 14º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1837-1841.

SCMBA, Livro 15º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1841-1845.

SCMBA, Livro 16º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1845-1848.

SCMBA, Livro 17º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1848-1850.

SCMBA, Livro 18º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1850-1852.

SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais serventuários da Casa, 1831-1861.

SCMBA, Livro 9º de Assento de Pessoas que entraram no Hospital, 1823-1827.

SCMBA, Livro de Assentamento de escravos, 1830-1840.

SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 1834-1846.

SCMBA, Livro de Receita e Despesa dos gêneros que se compravam para os doentes do Hospital, 1843-1844.

SCMBA, Livro de Termo da Junta, 1834-1870.

SCMBA, Livros 14^o de assentos das pessoas que entraram no Hospital, 1837-1841.

FONTES SECUNDÁRIAS

ABELSON, Elaine S. The invention of kleptomania. In: LEAVITT, Judith Walzer (Ed.). *Women and Health in America: Historical Readings*. 2. ed. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. p. 390-404.

ABREU, Laurinda. As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V. In: *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Fazer a história das Misericórdias*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa e União das Misericórdias Portuguesas, 2002. v. I, p. 47-77.

ABREU, Laurinda. *Memórias da Alma e do corpo: a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage, 1999. 493 p.

ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 591-611, set-dez. 2001.

ACKERKNECHT, Erwin H. Anti-Contagionism Between 1821 and 1867, *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, v. 22, p. 562-593. 1948.

ACKERKNECHT, Erwin H. Johann Lucas Schönlein (1793-1864). *Journal of the History of Medicine*, Oxford, v. 19, n. 2, p. 131-138. 1964.

ALMEIDA, Fortunato. *História da Igreja em Portugal*. Porto: Portucalense Editora, 1967. 4 v.

ALMEIDA, Rômulo de. *Traços da História Econômica da Bahia no último século e meio*. Salvador: Instituto de economia e finanças da Bahia, 1951. 20 p.

AMARAL, Braz do. *História da Bahia: do Império a República*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923. 379 p.

ANDRADE, Celeste Maria Pacheco de. *Origens do povoamento de Feira de Santana*. 1992. 165 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1992.

ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de. *A morte em Lisboa: atitudes e representações (1700-1830)*. Lisboa: Editorial Notícias, 1997. 529 p.

ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de. As invasões francesas e a afirmação das idéias liberais. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 21-40.

ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de. Ilustração, pedagogia e ciência em Antonio Nunes Ribeiro Sanches. *Revista de História das Idéias*, Coimbra, v. 6, p. 377-394, 1984.

ATHAYDE, Johildo Lopes de. *Salvador e a grande epidemia de 1855*. Salvador: CEB/UFBA, 1985. 41 p.

AUGEL, Moema Parente. *Visitantes estrangeiros na Bahia oitocentista*. 1975. 269 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1975.

BARICKMAN, Bert Jude. *Um contraponto baiano: açúcar, fumo, mandioca e escravidão no Recôncavo, 1780-1860*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 450 p.

BARRETO, Maria Renilda Nery e ARAS, Lina Maria Brandão. Salvador, cidade do mundo: da Alemanha para a Bahia. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-172, jan-abr. 2003.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *Nascer na Bahia do século XIX. Salvador (1832-1889)*. 2000. 136 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2000.

BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 411-459, nov. 1997-fev. 1998.

BELO, André. *As gazetas e os livros: A Gazeta de Lisboa e a vulgarização do impresso*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2001. 139 p.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/UFRJ, 1999. 500 p.

BERNIER, Jacques. L'interprétation de la phtisie pulmonaire au XVIIIe siècle. *Canadian Bulletin of Medical History*. Waterloo, v. 22, n. 1, p. 35-56, 2005.

BLAKE, Augusto Victorino Alves do Sacramento. *Dicionário Bibliográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional. 1893, 1895, 1898-1900. 5 v.

BOLOGNE, Jean-Claude. *História do Pudor*. Lisboa: Teorema, 1986. 443 p.

BORBA, Silza Fraga Costa. *Industrialização e Exportação de Fumos da Bahia de 1870 a 1930*. 1975. 2 v. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1975.

BORST, Charlotte G., The Training and Practice of Midwives: A Wisconsin Study. In: LEAVITT, Judith Walzer (Ed.). *Women and Health in America: Historical Readings*. 2. ed. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. p. 425-443.

BOSCHI, Caio C. A Universidade de Coimbra e a formação intelectual das elites mineiras coloniais. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 100-111, 1991.

BOURDELAIS, Patrice. *Les Hygiénistes: Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*. Paris: Éditions Belin, 2001. 540 p.

BRANDT, Allan M. e GARDNER, Martha. Antagonism and Accommodation: Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States during the 20th century, *American Journal of Public Health*, Washington, v. 90, n. 5, p. 191-198. mai. 2000.

BRAUDEL, Fernand. A longa duração. In: BRAUDEL, F. *História e Ciências Sociais*. Lisboa: Presença, 1986. p. 7-39.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil no século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, abr-jun. 1991. p. 135-149.

BRENES, Anayansi Correa. *Um olhar brasileiro sobre o caso de Paris: o conflito parteiras x parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro no século XIX*. 1996. 450 f. Tese (Doutorado em História Social) - Universidade Federal Fluminense, Niterói. 1996.

CABRÉ, Montserrat, e ORTIZ, Teresa (eds). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria, 2001. 319 p.

CAEIRO, Baltazar Mexia de Matos. Da imprensa geral aos periódicos médicos portugueses. *O Médico*, Porto, v. 90, p. 91-93. 1979.

CARMONA, Mário. O Hospital Real de Todos os Santos. Separata do *Boletim Clínico dos Hospitais Civis de Lisboa*, Lisboa, n. 18, p. 408-608. 1955.

CARMONA, Mário. *O Hospital Real de Todos-os-Santos da cidade de Lisboa*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1954. 444 p.

CARQUEJA, Bento. *O povo português: aspectos sociais e econômicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916. 514 p.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. 327 p..

CARVALHO, Augusto da Silva. *Crônica do Hospital de Todos os Santos*. Lisboa: Lucas & C^a, 1949. 308 p.

CARVALHO, Augusto da Silva. *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1929. 56 p.

CARVALHO, Augusto da Silva. *Memórias da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. Lisboa: Academia das Ciências, 1944. 290 p.

CASTRO, Dinorah d'Araújo Berbert de. *Idéias filosóficas nas teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia (1838-1889)*. Salvador: UFBA, 1973.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio e FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil : ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. 204 p.

CATROGA, Fernando. Morte romântica e religiosidade cívica. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 505-514.

CENTRO DE PLANEJAMENTO E ESTUDOS/SEPLANTEC/BAHIA. *A economia baiana de 1850 a 1930: algumas questões*. Salvador, 1981. 64 p.

CHAVES, Cleide de Lima. *De um porto a outro. Bahia e Prata (1850-1889)*. 2001. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2001.

COELHO, Edmundo Campos. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999. 304 p.

COLEMAN, W. *La Biología en el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983. 306 p.

CONI, Antonio Caldas. *A Escola Tropicalista Baiana: Paterson*. Bahia: Tipografia Beneditina, 1952. 82 p.

CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. 367 p.

COSTA, Américo Fernando da Silva. *A Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (1650-1800)*. Guimarães: Edição da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães, 1999.

COSTA, Américo Fernando da Silva. *A Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (1650-1800)*. Guimarães: Edição da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães, 1999. 292 p.

COSTA, Isabel Maria Marques dos S. e S. R. da. *Do cuidado de nascer ao nascer cuidado: dos primeiros ensaios de uma formação especializada, à sua*

institucionalização. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. 2001.

COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador: Contexto, 2000. 136 p.

COSTA-SACADURA e SAAVEDRA, A. *Cadeiras Obstétricas de Portugal e Espanha*. Lisboa: Tipografia Portuguesa, 1948. 14 p.

COSTA-SACADURA. *Maternidade Magalhães Coutinho: Subsídios para a história das maternidades de Lisboa*. Lisboa: Imprensa Médica, 1936. 72 p.

CRESPO, Jorge. *A história do corpo*. Lisboa: Difel, 1990. 630 p.

CUNHA, Luís Antonio. *A universidade temporã: o ensino superior da Colônia à era Vargas*. Rio de Janeiro e Fortaleza: Civilização Brasileira e Editora da UFC, 1980. 295 p.

DAHL, Candice. Attaining Legitimacy: Eighteenth-Century Man-midwives and the Rhetoric of their Texts. *Gateway*, Summer 2001. Disponível em: <<http://grad.usask.ca/gateway/archive3.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2004.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia do século XIX*. Salvador e Brasília: EDUFBA e Sarah Letras, 1996. 156 p.

DE MASI, Domenico e PEPE, Dunia (org). *As palavras no tempo: vinte e seis vocábulos da Encyclopédie reescritos para o ano 2000*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003. 474 p.

DEL PRIORE, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro e Brasília: José Olímpio e Edunb, 1993. 358 p.

EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. 1999. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385, mai-ago. 2002.

EDLER, Flávio Coelho. A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: HEIZER, Alda e VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (orgs). *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001. p. 97-122.

EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do Ensino Médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854/1884)*. 1992. 275 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios - Rio de Janeiro, 1830-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 352 p.

ENTRALGO, Pedro Laín. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1978. 722 p.

ENTRALGO, Pedro Laín. *História universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1981. 7 v.

EVENDEN, Doreen. Mothers end their midwives in seventeenth-century London. In: MARLAND, Hilary (org.). *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*. London & New York: Routledge, 1993. p. 9-26.

FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. *Salvador das mulheres: condição feminina e cotidiano popular na Belle Époque imperfeita*. 1994. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1994.

FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. *Revista da SBHC*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 43-52, 1993.

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. 1996. 209 f. Tese (Doutorado em História Social) – FFLCH – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-351, jul-out. 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Raquel Fróes da & EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX. In: DANTAS, Maria Amélia (org.). *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 59-80.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os barbeiros e os cirurgiões, atuação dos práticos ao longo do século XIX. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 277-291, jul-out. 1999.

FILIPPINI, Nadia Maria. The Church, the State and childbirth: the midwife in Italy during the eighteenth century. In: MARLAND, Hilary (org.). *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe*. London & New York, Routledge, 1993. p. 152-175.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998. 295 p.

FOUCAULT, Michael. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. 241 p.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003. 551 p.

FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos e Vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo e Salvador: Hucitec e Eufba, 1996, 188 p.

FREYRE, Gilberto. *Casa Grande & Senzala*. 49. ed. São Paulo: Global, 2004. 719 p.

GEISON, Gerald. *A ciência particular de Louis Pasteur*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Contraponto, 2002. 455 p.

GÉLIS, Jacques. LAGET, Mireille e MOREL, Marie-France. *Entrer dans la vie: naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris: Gallimard, 1978. 245 p.

GIFFONI, Orsini Carneiro. *Dicionário bio-bibliográfico brasileiro de escritores médicos (1500-1899)*. São Paulo: Nobel, 1972. 298 p.

GINSBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. 309 p.

GONÇALVES, Graciela Rodrigues. *As secas na Bahia do século XIX: Sociedade e Política*. 2000. 184 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, 2000.

GUERRAND, Roger-Henri. Guerra à tuberculose!. In: LE GOFF, Jacques (org). *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985. p. 187-201.

GUERREIRO DE FREITAS, Antonio F. *Au Brésil: Deux Régions de Bahia (1896-1937)*. 1992. Tese (Doutorado em História) – Université Paris IV, Sorbonne, 1992.

HEAMAN, E. A. Heaman. The rise and fall of anticontagionism in France. *Canadian Bulletin of Medical History*. Waterloo, v. 12, p. 3-25, 1995.

HEIZER, Alda e VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001. 288 p.

HOLANDA, Aurélio Buarque de, *Novo dicionário eletrônico Aurélio Século XXI*, versão 3.0.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. *Novo dicionário da língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

IMBERT, Jean. *Histoire des Hôpitaux en France*. Toulouse: Privat, 1982. 559 p.

JORGE, Dilce Rizzo. *Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*. 1976. 213 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro, 1976.

KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 643 p.

KLAIRMONT-LINGO, Alison. Las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI. In: Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa (siglos XII-XX)*. Barcelona: Icaria, 2001. p. 77-91.

KOBRIN, Frances E. The American Midwife Controversy: a Crisis of Professionalization. *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, v. 40, n. 4, p. 350-363, 1966.

LAQUER, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 313 p.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985. 344 p.

LEAVITT, Judith, *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1850*, Oxford and New York: Oxford University Press, 1986. 304 p.

LÉCUYER, P. Bernard P. L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850. In: SALOMON-BAYET, Claire. *Pasteur et la révolution pastoriene*. Paris: Payot, 1986. 436 p.

LEITE, Ana Cristina. O Hospital Real de Todos-Os-Santos. In: *Hospital Real de Todos-Os-Santos*. Séculos XV a XVIII. Lisboa : Câmara Municipal, 1993. 103 p.

LEMOS, Maximiano. *História da medicina em Portugal. Doutrinas e instituições*. Lisboa: Publicações D. Quixote/Ordem dos Médicos, 1991, 2 v.

LEMOS, Maximiano. *Ribeiro Sanches. A sua vida e sua obra*. Porto: Eduardo Tavares Martins, 1911. 369 p.

LEONE, José Teófilo Farto. *Subsídios para a História dos Hospitais Civis de Lisboa e da Medicina Portuguesa (1948-1990)*. Lisboa: Fundação do Hospital Real de Todos os Santos, 1993. 260 p.

LIMA, Tânia Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 44-96, nov. 1995-fev. 1996.

LITOFF, Judy Barrett. *American Midwives, 1860 to the present*, Westport: Greenwood Press, 1978. 197 p.

LOPES, Alfredo Luís. *Resenha bibliográfica e cronológica dos jornais portugueses de medicina e cirurgia*. Lisboa: Tipografia do Dia, 1897.

LOPES, Maria Antonia. Os pobres e a assistência pública. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 427-437.

LOUDON, I. Puerperal insanity in the 19th century. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Londres, v. 81, n. 2, p. 76-79, fev. 1988.

LUZ, Adriana de Carvalho. *Mulheres e doutores: discursos sobre o corpo feminino*. Salvador, 1890-1930. 1996. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

LUZ, Madel T. *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*. Rio de Janeiro, Graal, 1982. 218 p.

MAGALHÃES, Rejane Mendes Moreira de Almeida. *Rui Barbosa na Vila Maria Augusta*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1994. 193 p.

MANUEL, Francisco D'Orey. *O compromisso da Misericórdia impresso em 1516*. Lisboa: mimeografado, 1988/1989.

MARLAND, Hilary (org.). *The art of midwifery: Early modern midwives in Europe*. London & New York: Routledge, 1993. 234 p.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Natureza em Boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Unicamp, 1999. 240 p.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 288 p.

MATTOSO, Katia de Queirós. *Família e sociedade na Bahia do século XIX*. São Paulo: Corrupio, 1988. 212 p.

MATTOSO, Kátia M. De Queirós e ATHAYDE, Johildo Lopes. Epidemias e flutuações de preços na Bahia no século XIX. In: *Colloques internationaux du CNRS*. Paris: CNRS, 1973, p. 183-202.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. A opulência na Província da Bahia. In: *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, v. 2, p. 143-179.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Bahia, século XIX: uma Província no Império*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992. 747 p.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Bahia: a cidade de Salvador e seu mercado no século XIX*. São Paulo: Hucitec, 1978.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Da revolução dos Alfaiates à riqueza dos baianos no século XIX: itinerário de uma historiadora*. Salvador: Corrupio, 2004. 332 p.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Ser escravo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982. 267 p.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Testamento de escravos libertos na Bahia no século XIX*. Salvador: UFBA, 1979. 53 p.

MCGREGOR, Deborah Kuhn. *From Midwives to Medicine. The Birth of American Gynecology*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press, 1998. 272 p.

MIRA, M. Ferreira de. *História da Medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947. 558 p.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A prática da medicina no Brasil colonial*. 1997. 275 f. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 1997.

MORAIS, Francisco. *Estudantes da Universidade de Coimbra nascidos no Brasil*. Coimbra: Inst. Est. Brasileiros, Fac. Letras da Universidade de Coimbra, 1949. 599 p.

MOREIRA, Virlene Cardoso. *Dinâmica Comercial do Recôncavo Bahiano na segunda metade do século XIX: Freguesia de São Félix (1857-1889)*. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2002.

MOTT, Maria Lúcia (org). Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 439-507. jul-dez. 2002.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Revista Projeto História*, São Paulo, n. 25, p. 197-219, dez. 2002.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *A postura escravocrata no Convento de Religiosas: Santa Clara do Desterro na Bahia 1680-1850*. Salvador: Centro de Estudos Baianos da Universidade Federal da Bahia, 1990. 44 p.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Dez Freguesias da Cidade do Salvador: aspectos sociais e urbanos do século XIX*. Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1986. 204 p.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Memória da Federação das Indústrias do Estado da Bahia*. Salvador: FIEB, 1997.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. O cólera morbus como fator de involução populacional da cidade do Salvador. In: *Anais do Arquivo Público da Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial da Bahia, 1981, v. 45, p. 263-289.

NAVA, Pedro. *Capítulos da História da medicina no Brasil*. Cotia e São Paulo: Ateliê Editorial e Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes e Edueil, 2003. 245 p.

NAVA, Pedro. *Território de Epidauró*. Rio de Janeiro: Mendes Júnior, 1947. 160 p.

NEVES, Erivaldo Fagundes. Sertanejos que se venderam: contratos de trabalho sem remuneração ou escravidão dissimulada. In: *Afro-Ásia*. Salvador: EDUFBA, 1997, n 19-20, p. 239-250.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992. 441 p.

OLIVEIRA, Maria Inês Côrtes de. *O Liberto: seu mundo e os outros*. São Paulo: Corrupio, 1988. 111 p.

OLIVEIRA, Waldir de Freitas. *A crise da economia açucareira do Recôncavo na segunda metade do século XIX*. Salvador: Centros de Estudos Baianos, 1999.

ORTIZ, Teresa. From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain. In: MARLAND, Hilary (org.). *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe*. London & New York, Routledge, 1993, p. 95-114.

ORTIZ, Teresa. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, Granada, v. 16, p. 109-121, 1996.

OTT, Carlos. *A Santa Casa de Misericórdia da Cidade do Salvador*. Rio de Janeiro: Publicação do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, 1960. 237 p.

PEARD, Julyan G. Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century. Durham e London: Duke University Press, 1999. 315 p.

PEREIRA, A. X. da Silva. *O Jornalismo Português*. Lisboa: José Bastas (Antiga Casa Bertrand), 1896. 236 p.

PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui. Ciências. In: MATTOSO, José (org.). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 551-563.

PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. 2003. 256 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

PINA, Luís de. *Expansão hospitalar portuguesa ultramarina*. Porto: Tip. Porto-Médico, 1943. 60 p.

PINA, Luís de. *Uma época notável da história médica portuense (1825-1959)*. Porto: s/ed, 1961. 31 p.

PIÑERO, José M. López. *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*. Barcelona: Ediciones Península, 1985. 156 p.

PINHO, José Wanderley de Araújo. *Salões e damas do Segundo Reinado*. São Paulo: Martins, 1959. 355 p.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989. 155 p.

PITA, João Rui. *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal*. Coimbra: Minerva, 1996. 574 p.

PITA, João Rui. *História da Farmácia*. Coimbra: Minerva, 2000. 264 p.

POMATA, Gianna. Entre el cielo y la tierra: las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI. In: CABRÉ, Montserrat y ORTIZ, Teresa (eds). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa (siglos XII-XX)*. Barcelona, Icaria, 2001. p. 115-139.

PORTER, Roy (ed). *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. New York, Cambridge University Press, 1996. 400 p.

PÔRTO, Ângela. Tuberculose: a peregrinação em busca da cura e de uma nova sensibilidade. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 91-108.

QUINTELA, Maria Manuel. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de São Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, s. 1, p. 239-260, 2004.

RAMALHO, Alfredo Magalhães. *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – análise da estrutura institucional, tal como resulta do compromisso de 1618*. Lisboa: mimeografado, 1988/1989.

RAMOS, José Alberto Bandeira. *Crise da Economia Fumageira do Recôncavo da Bahia*. 1990. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1990.

REIS, Adriana Dantas. *Cora: lições de comportamento feminino na Bahia do século XIX*. Salvador: Fundação Casa de Jorge Amado. 2000. 262 p.

REIS, Álvaro A. de Souza. História da Medicina no Brasil. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1279-1293. 1922.

REIS, João José e AGUIAR, Márcia Gabriela D. de. “Carne sem osso e farinha sem caroço”: o motim de 1858 contra a carestia na Bahia. *Revista de História*, São Paulo, v. 135, p. 133-160. 1996.

REIS, João José. *Rebelião escrava no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. 665 p.

REIS, João José. *A morte é uma festa*. São Paulo: Companhia das Letras: 1991. 357 p.

RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil Colonial*. Rio de Janeiro: Ed. Sul Americana, 1971. 211 p.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil no século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997. 150 p.

RIBEIRO, Marcos Augusto Pessoa. *A faculdade de Medicina da Bahia na visão de seus memorialistas (1854-1924)*. Salvador: EDUFBA, 1997.

RIBEIRO, Margarida. *Temas de etnologia: maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990. 190 p.

RIBEIRO, Maria Manuela Tavares. A regeneração e o seu significado. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 101-107.

RIBEIRO, Victor. *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Subsídios para a sua História) 1498-1898*. Lisboa: Academia das Ciências, 1998. 563 p.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 223 p.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Ed. UNESP, 1994. 423 p.

ROSENBERG, Charles (ed.), *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. 357 p.

RUSSEL-WOOD, A. J .R. *Fidalgos e filantropos: A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Ed. UnB, 1981. 383 p.

SÁ, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias da fundação à União Dinástica. In: *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Fazer a história das Misericórdias*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa e União das Misericórdias Portuguesas, 2002. v. 1, p. 19-45.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel a Pombal*. Lisboa: Livros Horizonte, 2001. 149 p.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português (1500-1800)*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997. 319 p.

SALGADO, José Pereira. *A química e a física em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional. 1929. 34 p.

SAMPAIO, José Luís Pamponet. Origem e evolução da indústria na Bahia (1850-1889). In: SEPLANTEC/CPE. *A economia baiana de 1850 a 1930: algumas questões*. Salvador: SEPLANTEC, 1981, p. 33-64.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas, Rio de Janeiro - 1920-1940*. 2005. 261 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1991. 2 v.

SANTOS FILHO. *Uma comunidade rural do Brasil antigo*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1956. 447 p.

SANTOS, Sebastião Costa. *A Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos (1565-1775)*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. 209 p.

SANTOS, Sebastião Costa. *O início da Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos (1504-1565)*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. 36 p.

SÃO PAULO, Fernando. *Linguagem Médica Popular no Brasil*. Salvador: Itapuã, 1970. v. 2, p. 223-224.

SCHIEBINGER, Londa. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, Roy e TEICH, Mikulás (org). *Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação a sexualidade*. São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 219-246.

SEPLANTEC/CPE. *A economia baiana de 1850 a 1930: algumas questões*. Salvador: SEPLANTEC, 1981.

SHERIDAN, Bridgette. De parto: la Medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). In: CABRÉ, Montserrat y ORTIZ Teresa (eds). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa (siglos XII-XX)*. Barcelona, Icaria, 2001, p. 143-164.

SILVA, Alberto. *A primeira capital do Brasil*. Bahia: Imprensa Oficial da Bahia, 1963. 267 p.

SILVA, Aldo José Morais. *Natureza Sã, Civilidade e Comércio em Feira de Santana: Elementos para o estudo da construção de identidade social no interior da Bahia (1833-1927)*. 2000. 212 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

SILVA, António Martins da. A vitória definitiva do Liberalismo e a instabilidade constitucional: cartismo, setembrismo e cabralismo. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 77-89.

SILVA, Cândido da Costa; AZZI, Riolando. *Dois estudos sobre D. Romualdo Antonio de Seixas, arcebispo da Bahia*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1981. 38 p.

SILVA, Elizabete Rodrigues da. *Fazer charutos: uma atividade feminina*. 2001. 230 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2001.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da, *A cultura luso-brasileira: da reforma da universidade à independência do Brasil*. Lisboa: Editorial Estampa, 1999. 280 p.

SIMÕES, Lindinalva. *As estradas de ferro do Recôncavo*. 1970. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1970.

SMITH, Susan L., White Nurses, Black Midwives, and Public Health in Mississippi, 1920-1950. In: LEAVITT, Judith Walzer (Ed.). *Women and Health in America: Historical Readings*. 2. ed. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. p. 444-458.

SPEERT, Harold. *Obstetrics and Gynecology: A History and Iconography*. 3. ed. New York: Parthenon Publishing, 2004. 548 p.

STARR, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Book, 1982. 514 p.

TARQUINIO, Mario. Vias de Comunicação e Meios de Transporte no Estado da Bahia. *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*, Salvador, v. 60, p. 325-444, 1934.

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. São Paulo: Ed. UNESP, 2001. 542 p.

TEIXEIRA, Rodolfo. O ciclo recidivante das epidemias na Bahia. *Revista de Cultura da Bahia*, Salvador, v. 18. p. 13-22, 1999/2000.

THERIOT, Nancy. Diagnosing Unnatural Motherhood: Nineteenth-Century Physicians and 'Puerperal Insanity' In: LEAVITT, Judith Walzer (Ed.). *Women and Health in America: Historical Readings*. 2. ed. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. p. 405-421.

TORGAL, Luís Reis. "A instrução pública". In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 515-550.

USANDIZAGA, Manuel. *Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España*. Santander: Aldus, 1944, 361 p.

VARGUES, Isabel Nobre e RIBEIRO, Maria Manuela. Ideologia e práticas políticas. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 183-216.

VARGUES, Isabel Nobre e TORGAL, Luís Reis. Da Revolução à Contra-revolução: vintismo, cartismo, absolutismo. O exílio político. In: MATTOSO, José (org). *História de Portugal: o Liberalismo*. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, v. 5, p. 57-76.

VEGA, Mariano Esteban de. *De la Beneficencia a la Previsión: La acción social en Salamanca (1875-1898)*. Salamanca: Diputación Provincial, 1991. 288 p.

VEIGA, Teresa Rodrigues. *A população portuguesa no século XIX*. Porto: CEPESE e Afrontamento, 2004. 147 p.

VERGER, Jacques. *As Universidades na Idade Média*. São Paulo: Ed. UNESP, 1990. 170 p.

VERGER, Pierre. *Fluxo e Refluxo do Tráfico de Escravos entre ao Golfo de Bénin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX*. São Paulo, Corrupio, 1987. 718 p.

VIDAL, Alvar Martinez e TOMÁS, José Pardo. Um conflicto profesional, um conflicto moral y um conflicto de género: los debates em torno a la atención al parto em la Ilustración. *Cronos*, Valencia, v. 4, n. 1-2, p. 3-27, 2001.

WERTZ, Richard e WERTZ, Dorothy C. *Lying-in: A History of Childbirth in America*, New Haven: Yale University Press, 1989. 302 p.

WIESNER, Merry E. The midwives of south Germany and the public/private dichotomy. In: MARLAND, Hilary (org.). *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe*. London & New York, Routledge, 1993, p. 77-94.

ANEXO 1

Carta de demissão do dr. Jonathas Abbott, em 06 de junho de 1855

Exm^o Sr. Provedor e mais Irmãos Mesários da Santa Casa da Misericórdia

Estando eu [?] da idéia de que pela minha saúde deteriorada, a vista enfraquecida, e as mãos menos seguras, de que não posso continuar a desempenhar conscienciosamente as minhas obrigações na qualidade de Cirurgião em chefe deste santo Estabelecimento; vou por isso rogar a V.Ex^a e SS^{as} que hajam de aceitar a minha demissão deste emprego que por quase vinte e dois anos tenho exercido.

Muito agradeço a indulgência, com que as ilustres Mesas sempre me trataram; e peço perdão de quaisquer faltas, que no serviço dos meus deveres no Hospital eu haja cometido.

Ao retirar-me com saúde deste honroso lugar, eu tenho a liberdade de recomendar à consideração de V.Ex^a e SS^{as} como meu sucessor, o dr. José Affonso do Paraíso Moura, um dos médicos por V.Ex^a e SS^{as} aprovados para fazer as minhas vezes em quaisquer impedimentos; e termino pedindo a V.Ex^a e SS^{as} licença para oferecer meus pequenos serviços gratuitos como médico consultante desta Santa Casa tantas às vezes que eles forem julgados úteis.

Deus guarde a V.Ex^a e SS^{as} de quem tenho a honra de subscrever-me

Dr. Jonathas Abbott