

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

RODRIGO ARAGÃO DANTAS

**AS TRANSFORMAÇÕES NO OFÍCIO MÉDICO NO RIO DE
JANEIRO: UM ESTUDO ATRAVÉS DOS MÉDICOS ORDINÁRIOS
(1840-1889)**

Rio de Janeiro

2017

RODRIGO ARAGÃO DANTAS

**AS TRANSFORMAÇÕES NO OFÍCIO MÉDICO NO RIO DE
JANEIRO: UM ESTUDO ATRAVÉS DOS MÉDICOS ORDINÁRIOS
(1840-1889)**

Tese de doutorado apresentada no curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Salgado Pimenta

Rio de Janeiro

2017

RODRIGO ARAGÃO DANTAS

**AS TRANSFORMAÇÕES NO OFÍCIO MÉDICO NO RIO DE JANEIRO: UM
ESTUDO ATRAVÉS DOS MÉDICOS ORDINÁRIOS
(1840-1889)**

Tese de doutorado apresentada no curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tânia Salgado Pimenta (PPGHCS)- Orientadora

Profa .Dra .Beatriz Teixeira Weber (UFSM)

Profa .Dra .Maria Renilda Barreto (CEFET-RJ)

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (PPGHCS)

Prof . Dr Flavio Coelho Edler (PPGHCS)

Suplentes:

Profa. Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca (PPGHCS)

Profa .Dra .Marta de Almeida (MAST)

Rio de Janeiro

2017

Ficha catalográfica

D194t Dantas, Rodrigo Aragão.

As transformações no ofício médico no Rio de Janeiro: um estudo através dos médicos ordinários (1840-1889) / Rodrigo Aragão Dantas. – Rio de Janeiro: s.n., 2017.
221 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017.
Bibliografia: 205-212f.

1. Médicos - história. 2. Prática Profissional – história. 3. Faculdades de Medicina – história. 3. História do Século XIX.
4. Brasil.

CDD 610.981

**Para minha Dinda Maria Lucia
com todo meu amor**

Agradecimentos

Com a finalização dessa tese concluo uma etapa fundamental da minha vida. Foram pouco mais de 10 anos desde o longínquo ano de 2007 onde tive o meu primeiro contato acadêmico com o estudo da história. Após 4 anos de graduação, 2 de mestrado e pouco mais de 4 de doutorado, a sensação é de dever cumprido. Posso dizer que aquele sonho presente desde a quinta série quando estudei pela primeira vez a disciplina foi finalmente realizado, hoje sou um historiador. Mas como todas as experiências que temos em nossas vidas, a realização desse sonho não foi uma tarefa singular; uma epopeia solitária, individualista ou mesmo meritocrática. Cada pequena realização desse grade objetivo final foi coletiva, como os melhores sonhos sempre devem ser. Por isso nesse pequeno espaço (talvez o mais livre de todo o trabalho) dedico ao prazer de agradecer as pessoas e instituições que formaram os verdadeiros fundamentos dessa longa trajetória.

Agradeço ao programa de pós-graduação em história das ciências e da saúde (PPGHCS-COC) da FIOCRUZ, que me acolheu e proporcionou meu desenvolvimento desde a iniciação científica, passando pelo mestrado e agora no doutorado. Hoje nutro um sentimento de carinho por essa grande instituição e seu corpo docente e técnico.

Aos meus professores, gostaria de agradecer a paciência e espírito de solidariedade com cada contribuição, não só para o presente trabalho, mas para minha formação como um todo. Um destaque especial para os mestres que compartilharam comigo a experiência de compor a comissão de pós graduação do PPGHCS: Ana Teresa Venâncio, Dominichi Miranda de Sá, Gisele Sanglard, Maria Rachel, Robert Wegner e Simone Kropf. A partir do olhar colaborativo, me fizeram reafirmar a certeza da possibilidade da gestão democrática como única alternativa para a excelência. Gostaria de agradecer também a todos os professores que me ministraram aulas, principalmente os do primeiro período do mestrado. Foram eles que me ajudaram nos primeiros passos do entendimento da história das ciências e da Saúde.

Agradeço as professoras e professores que formaram a banca de qualificação e defesa desse trabalho. A dedicação, empenho e solidariedade em me indicar caminhos e tornar essa tese um estudo de excelência.

Como não poderia deixar de ser, um agradecimento especial vai para a minha querida orientadora Tânia Pimenta. Tânia foi a pessoa com quem tive meu primeiro contato no PPGHCS e que acompanhou, e com certeza acompanhará, toda a minha trajetória acadêmica. Ela me ensinou a ser um historiador, acreditou no meu potencial, investiu tempo e paciência na minha formação, além é claro de se tornar uma grande amiga.

Agradeço aos amigos feitos ao longo do mestrado e doutorado: Wesley, Maria Gabriela, Mariana, André, Elaine, Gabriela Miranda e Priscila. Sem vocês essa caminhada teria sido muito menos frutífera e mais dolorosa.

Agradeço aos amigos do psol que me ensinaram a importância da luta política coletiva e a possibilidade real de construir um mundo novo e melhor. Agradeço especialmente ao CZOII (Mariana, Marconi, Araujo, Gustavo, Ernesto, Barbara, Thaiana) e ao núcleo Jacarepaguá (Rafael, Ernesto, Haana, Monteiro) lugares onde construo cotidianamente a resistência necessária as desigualdades cotidianas. Nesse ponto gostaria de agradecer a uma pessoa em especial, Thiago. Mesmo com todos os seus problemas oriundos da sua escolha futebolística, sempre foi um grande amigo com um coração gigante, me acolhendo nos momentos de alegria e dificuldade

Aos amigos de toda a vida: Marcelo e Dereck. Mais do que amigos, são irmãos. Foram com eles que entendi o significado da amizade. Estiveram em todos os momentos importantes da minha vida e não deixariam de estar registrados nesse trabalho.

A minha família: meu pai Alcione que sempre me apoiou com palavras e atitudes, nunca duvidando da minha capacidade e nem das minhas escolhas; meu padrasto Carlos pelo seu incentivo e disponibilidade a ajudar em todos os momentos, foi chegando derrepente e hoje é como se sempre já estivesse; ao meu irmão Pedro pela admiração mútua e por compartilhar as alegrias e felicidades da vida desde quando ainda me chamava de Adri; minha avó Maria Helena que me ensinou a ensinar, minha primeira e mais importante professora, foi com suas histórias que aprendi a gostar de história; a minha mãe Tereza Cristina por ser uma das pessoas mais amorosas e dedicadas aos filhos que conheci, por seu amor incondicional a mim e ao meu irmão; A minha companheira Paula. Não foram poucas as vezes que abdicou de sua vida para me ajudar a finalizar esse trabalho, sem ela com certeza não conseguiria termina-lo. Foi você que me ensinou o verdadeiro significado do companheirismo, com sua coragem de

ser divertida nos momentos mais difíceis da vida a dois. Você é o amor que escolhi amar, obrigado por estar comigo. Por fim a minha madrinha Maria Lucia.

Posso dizer com toda a certeza que a minha Dinda personifica como ninguém todas as qualidades presentes em minha família. Amorosa, companheira, dedicada, divertida, incentivadora, além é claro de ter sido nossa primeira professora de história. Nos momentos mais felizes e mais tristes, sempre estive comigo com seu amor acalentador. A ela dedico, com todo o meu amor e saudade, esse que é o trabalho mais importante que já realizei.

Resumo

O objetivo da presente tese foi analisar o processo de modificações que a medicina acadêmica sofreu ao longo da segunda metade do século XIX na cidade do Rio de Janeiro. Esse processo, estudado geralmente a partir dos debates da elite médica, foi investigado por nós com o foco em outro segmento social presente na medicina acadêmica, os médicos ordinários. Ao investigar os médicos ordinários, tínhamos em mente o quanto esse segmento era numeroso e significativo para o ofício médico na corte. Embora essencial para o entendimento sobre como a corporação médica se organizava, a dificuldade de encontrar seus vestígios era considerável, o que tornava complicado traçar um perfil desses médicos. Frente as dificuldades apresentadas entendemos a necessidade de conceitualizar o que e quem eram os médicos ordinários, entender sua inserção no mercado de cura da corte e analisar quais espaços atuavam.

As fontes trabalhadas tiveram como base a sistematização dos nomes e endereços dos médicos encontrados no Almanaque Laemmert, o universo investigado abrangeu cerca de nove mil anúncios de médicos, entre 1844 e 1889. Após a sistematização cruzamos esses dados com as fontes cartoriais e judiciais, presentes no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, o que nos possibilitou ter acesso a um conjunto de informações sobre atuação dos médicos ordinários no Rio de Janeiro.

Inseridos em todas as localidades da corte, os médicos ordinários não estavam incluídos em qualquer forma participação em instituições médicas de prestígio, como as Faculdade de Medicina, lugares de atuação e reprodução da elite médica. Necessitavam dos rendimentos de suas consultas para obter a maior parte de sua renda. Tinham na possibilidade de atuação como médicos, sua grande e, em muitas vezes, única forma de sustento. Por fim, embora não pudéssemos classificá-los como pertencentes aos grupos sociais subalternos, estavam aquém da posição econômica desfrutada pela elite médica, sendo esses muito mais próximos dos segmentos sociais médios urbanos, geralmente associado aos ofícios liberais. A partir dessa conceitualização, conseguimos entender que estávamos lidando com a maioria dos médicos que atuavam na corte e sobre essa perspectiva baseamos nossas análises

Abstract

The aim of this thesis was to analyze the process of modifications that academic medicine suffered during the second half of the 19th century in the city of Rio de Janeiro. This process, generally studied from the medical elite debates, was investigated by us with a focus on another social segment present in academic medicine, ordinary physicians. In investigating ordinary doctors, we had in mind how much this segment was numerous and significant for the medical profession in court. While essential to understanding how the medical corporation organized itself, the difficulty of finding its traces was considerable, making it difficult to trace the profile of these physicians. In view of the difficulties presented, we understood the need to conceptualize what and who were the ordinary doctors, to understand their insertion in the market of court cures and to analyze which spaces worked.

The sources studied were based on the systematization of the names and addresses of the doctors found in the Laemmert Almanac, the universe investigated covered about nine thousand ads of doctors, between 1844 and 1889. After systematisation we cross-checked these data with the legal and judicial sources present in the National Archive of Rio de Janeiro, which enabled us to have access to a set of information about the performance of ordinary doctors in Rio de Janeiro.

Inserted in all localities of the court, ordinary physicians were not included in any way participating in prestigious medical institutions, such as Medical Faculties, places of performance and reproduction of the medical elite. They needed the income from their inquiries to get most of their income. They had the possibility of acting as doctors, their great and, in many cases, only form of sustenance. Finally, although we could not classify them as belonging to subaltern social groups, they fell short of the economic position enjoyed by the medical elite, which are much closer to the urban middle-class segments generally associated with liberal trades. From this conceptualization, we were able to understand that we were dealing with the majority of the doctors who worked in the court and from this perspective we based our analysis.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| CAPÍTULO I- Médicos Cariocas: O conceito de Médicos Ordinários..... | 10 |
| 1 Revisão bibliográfica..... | 11 |
| 2 Medicina acadêmica e ofício de cura..... | 16 |
| 2.1 Barbeiros e Curandeiros..... | 19 |
| 2.2 Parteiras..... | 25 |
| 2.3 Boticários e Cirurgiões..... | 30 |
| 3 A Carreira Médica..... | 33 |
| 3.1 Instituições..... | 38 |
| 3.2 Médicos Ordinários..... | 41 |
| 3.3 Nacionalidade..... | 45 |
| 3.4 Objetos e lugares da prática médica..... | 47 |
| 3.5 Médicos e a escravidão..... | 51 |
| Capítulo II- O Mercado Médico..... | 57 |
| 1 Número de médicos e análise do Almanaque Laemmert..... | 58 |
| 1.1 População em Números | 64 |
| 2 Mercado médico e seus atores | 74 |
| 2.1 Estatísticas referentes aos processos de honorários médicos e elite médica | 75 |
| 2.2 Relação Elite Médica /Médicos ordinários no mercado Médico..... | 76 |
| 2.3 Mercado médico e seus múltiplos personagens..... | 80 |
| 3 Bens Médicos | 87 |
| 3.1 Condições gerais da renda na corte na primeira metade do século XIX..... | 89 |
| 3.2 Evolução da renda entre 1850 e 1880..... | 90 |
| 3.3 Evolução da renda no período de 1880 até 1930..... | 93 |
| 3.4 Preços dos Alimentos | 95 |
| Capítulo III- As especializações médicas como constituição do ofício..... | 101 |
| 1 Especialização da medicina acadêmica..... | 103 |
| 1.1 O modelo na França, Inglaterra e EUA..... | 104 |

| | |
|--|-----|
| 1.2 As especializações médicas no Rio de Janeiro..... | 115 |
| 2 As especializações médicas entre 1857 e 1882..... | 119 |
| 2.1 Década de 1880 e a consolidação das especializações médicas na corte..... | 128 |
| 3 Casas de Saúde..... | 142 |
| | |
| Capítulo IV-Os ofícios médicos no espaço histórico-geográfico do Rio de Janeiro... | 148 |
| 1 A elaboração dos mapas | 150 |
| 2 A Geografia da corte..... | 156 |
| 2.1 Freguesias Urbanas..... | 158 |
| 3 Presença dos médicos no espaço geográfico da corte..... | 162 |
| 3.1 Década de 1850..... | 162 |
| 3.2 Década de 1860..... | 168 |
| 3.3 Década de 1870..... | 178 |
| 3. 4 Década de 1880..... | 185 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES | |
| FINAIS..... | 197 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 198 |
| Fontes Manuscritas..... | 198 |
| Fontes Impressas..... | 194 |
| Mapas..... | 194 |
| Referências Bibliográficas..... | 205 |
| | |
| ANEXOS..... | 212 |
| Anexo 1..... | 212 |
| Anexo2..... | 218 |

ÍNDICE DE FOTOS, GRÁFICOS, MAPAS E QUADROS

FOTOS

Foto1: Diretório Médico dos Estados Unidos da América.

Foto 2: Diretório médico da França

Foto 3: Exemplo de anúncio de especialidade

Foto 4: Exemplo de anúncio de notabilidades

Foto 5: anúncio por divisão em especialidade (1882)

Foto 6: Anúncios com tabelas de especialidade (1883)

Foto 7: Divisão no índice entre parteiras e médicos parteiros (1889)

GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipologia de Fontes no Arquivo Nacional

Gráfico 2: Presença dos ofícios de Cura no Almanaque Laemmert

Gráfico 3: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1844/1870.

Gráfico 4: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1874/1889

Gráfico 5: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1844/1889

Gráfico 6: Faixa de renda dos médicos analisados entre as décadas de 1850 1860 e 1870

Gráfico7: Especializações Médicas na seção Notabilidades por porcentagem de anúncios

Gráfico 8: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882 por porcentagem

Gráfico 9: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882 até 1889

Gráfico 10: Comparação entre os anúncios de médicos especialistas com a listagem geral de médicos entre 1882 e 1889

MAPAS

Mapa 1: Mapa coleção Gotto, 1866, Rio de Janeiro

Mapa 2: Mapa coleção Gotto, Rio de Janeiro, 1866 - Ruas

Mapa 3: Mapa coleção Gotto, Rio de Janeiro, 1866- Polígonos

Mapa 4: Mapa Georreferenciado do Rio de Janeiro; linhas pontos e polígonos

Mapa 5: Freguesias Urbanas do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX

Mapa 6: Concentração de serviços nas Freguesias
Mapa 7: Presença de Médicos na corte década de 1850
Mapa 8: Concentração de anúncios médicos na corte 1850
Mapa 9: Interseção de presença dos médicos 1850/1
Mapa 10: Interseção de presença dos médicos 1850/2
Mapa 11: Concentração da Elite médica 1850 172
Mapa 12: Mapa Geral da corte 1860
Mapa 13 - Mapa de deslocamento de médicos 1860
Mapa 14: Mapa de concentração de médicos 1860
Mapa 15: Concentração na área da Misericórdia 1860
Mapa 16: Distinção entre elite médica e médicos em geral, 1860.
Mapa 17: Casas de Saúde 1860
Mapa 18: Mapa médicos década de 1870
Mapa 19: Mapa de deslocamento médico década de 1870
Mapa 20: Mapa de concentração dos médicos na década de 1870
Mapa 21: Concentração de médicos na área do porto década de 1870
Mapa 22: Mapa concentração da elite médica década de 1870
Mapa 23: Distribuição das Casas de Saúde década de 1870
Mapa 24: Presença de médicos na década de 1880
Mapa 25: Mapa de Deslocamento 1880
Mapa 26: Distribuição de Médicos na Zona Sul da Cidade década de 1880
Mapa 27: Distribuição de Médicos na Região de São Cristovão década de 1880
Mapa 28: Concentração de médicos nas freguesias urbanas da corte na década de 1880
Mapa 29: Divisão socio-espacial entre a elite médica e os médicos ordinários das décadas de 1850 á 1889.

QUADROS

Quadro 1: Relação de Livros da Biblioteca do Dr. Francisco Júlio Xavier
Quadro 2: Relação de disciplinas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1850
Quadro 3: Número de habitantes no Império segundo o censo de 1872
Quadro 4: Número de habitantes e médicos no império e na corte segundo oscensos de 1849, 1872 e 1890

Quadro 5: População do Império do Brasil em Comparação com a dos EUA (1870 e 1890)

Quadro 6: População do Rio de Janeiro comparado a Nova Iorque (1849, 1872 e 1890)

Quadro 7: Comparação entre a população do Brasil e da França (1851, 1872 e 1891) 77

Quadro 8: Comparação entre a população do Brasil e da França (1851, 1872 e 1891)

Quadro 9 : Número total de médicos no Rio de Janeiro, Nova Iorque e Paris

Quadro 10: Número de médicos dividido pelas populações das cidades

Quadro 11: doenças tratadas pelo dr. Henrique José Pires

Quadro 12: Orçamento mensal de uma família de sete pessoas Percentagem do consumo alimentício per capita sobre o salário

Quadro 13: Especializações Médicas na seção Notabilidades do Almanaque Laemmert

Quadro 14: Surgimento de Especializações Médicas na seção Notabilidades (1857-1889)

Quadro 15: Disciplinas ministradas na Faculdade de Medicina no ano de 1832

Quadro 16: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882.

Quadro 17: Comparação das Especialidades Médicas entre a seção Notabilidades do Almanaque Laemmert, a listagem Geral de 1882 do Almanaque Laemmert e as Cadeiras da Faculdade de Medicina.

Quadro 18: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882 até 1889.

Quadro 19: Comparação entre os anúncios de médicos especialistas com a listagem geral de médicos entre 1882 e 1889

Quadro 20: Especialização da Casa de Saúde Dr. Tavano 151

Quadro 21: Número de médicos em relação a população da corte 161

Quadro 22: Números de habitantes por freguesia Urbana da corte 163

Introdução

A presente tese é a concretização de um estudo iniciado ainda no período da finalização da dissertação. Na época, trabalhando com a temática das artes de cura populares, estávamos investigando uma categoria específica denominada barbeiros-sangradores. Nossa preocupação se relacionava com as modificações que o ofício de sangrar, exercido pelos barbeiros, passou ao longo de toda a segunda metade do século XIX. A partir dessa perspectiva, comparamos vários outros ofícios de cura com os barbeiros, dentre eles os médicos acadêmicos representantes da medicina oficial. Ao analisarmos as relações entre os barbeiros-sangradores e os médicos acadêmicos, observamos uma particularidade. No que tange à ocupação formalizada dos espaços, entre os que anunciavam no Almanaque Laemmert, os médicos possuíam uma presença espacial na corte muito maior do que qualquer outro ofício de cura, o que poderia interferir diretamente em como terapeutas populares (barbeiros, curandeiros, parteiras etc...) se organizavam e atuavam. Destacamos o Rio de Janeiro por conta da importância que essa cidade detinha devido à presença dos principais locais de representatividade da medicina acadêmica (Academia Imperial de Medicina e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) e à diversidade de seu mercado de cura

Ao analisarmos a bibliografia sobre a medicina acadêmica no século XIX, observamos alguns trabalhos que apontavam para a existência de uma elite médica pouco coesa, que disputava o mercado de cura com os curandeiros populares e entre seus próprios membros (por exemplo, ver EDLER, 1992 e FERREIRA, 1996). Esses trabalhos desconstruíram a ideia de um discurso médico único, demonstrando assim as várias divisões da elite médica e analisando seu processo de formação institucional.

A partir dessas leituras, observamos um campo em aberto de possibilidades investigativas sobre a medicina acadêmica, utilizando o conhecimento metodológico e o olhar crítico que desenvolvemos ao longo da pesquisa com as artes de cura populares. Ao enxergar essas possibilidades, propusemos ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz, um projeto de pesquisa para o doutoramento intitulado: "As transformações no ofício médico e suas relações com as artes de cura no Rio de Janeiro (1840-1889)". Nosso objetivo era estudar as transformações que o ofício médico sofreu ao longo da segunda metade do século XIX,

a partir das relações desenvolvidas com as artes populares de cura e com a população em geral. Para tanto, nossa análise estava ancorada na observação das práticas cotidianas dos médicos, sempre sob a perspectiva da história social da medicina. Tentamos aqui nos diferenciar da bibliografia corrente sobre o tema do estudo da medicina acadêmica que, na maioria das vezes, focava sua análise na elite médica. Para tanto, buscamos documentações de cunho jurídico e cartorial de vários médicos que atuavam no período, metodologia muito utilizada nos estudos sobre história social, mas raramente nas pesquisas sobre história da medicina. Ao começar a análise desse material, logo percebemos a grande quantidade de informações que teriam que ser sistematizadas. Nessa primeira sistematização ficou cada vez mais evidente que antes de realizarmos um estudo comparativo entre a medicina acadêmica e as artes de cura populares, era necessário entendermos melhor a própria medicina acadêmica.

Como dito anteriormente, a maior parte dos trabalhos que abordava essa temática focava no estudo da elite médica. A partir da elite, analisavam a consolidação e transformação que a medicina acadêmica como um todo sofreu ao longo do século XIX. Nossa pesquisa propõe trazer um outro olhar sobre essa temática. Começamos a investigar as várias divisões da medicina acadêmica, já apontadas, mas não analisadas, pelos estudos anteriormente citados. Não nos restringimos às disputas e divisões dentro da elite médica, mas agora nossa preocupação está em acessar os médicos que não faziam parte dessa elite e, ao nosso ver, eram a maioria "silenciosa" que, de fato, atuava no cotidiano de cura da corte. Esses médicos denominamos de médicos "ordinários". Sendo assim, dividimos a corporação médica em duas, a elite médica (com suas múltiplas divisões internas) e os médicos ordinários. A partir desse novo olhar, reinterpretamos nossa pesquisa e seus objetivos, buscando agora não mais focar na relação entre medicina acadêmica e artes populares de cura. Pesquisariamos as modificações e divisões existentes na própria corporação médica ao longo do processo de institucionalização da medicina acadêmica na segunda metade do século XIX. Para tanto, desenvolvemos o conceito de médico "ordinário" como uma subcategoria existente dentro da corporação médica.

Todo esse processo descrito e que será analisado, está inserido em um contexto social bem específico: a sociedade da corte no Império do Brasil. Ao longo de toda a segunda metade do século XIX, observamos uma época de estabilidade política e crescimento econômico no Império, principalmente a partir da constituição do gabinete

da conciliação¹no ano de 1853.Com o afastamento do perigo da fragmentação territorial e a consolidação da unidade do Brasil, temos o início da construção da ideia do que seria a "nação brasileira"(SCHWARCZ; CARVALHO, 2012). No curso dessas modificações, observamos a constituição de algumas das principais instituições nacionais, como as ligadas ao processo de institucionalização da medicina acadêmica.

Se no período notamos o crescimento da economia e a estabilidade política, podemos apontar para continuidade das severas desigualdades das relações sociais. A base da mão de obra nas principais atividades econômicas ainda era a escravidão, fato que vai permanecer ao longo de toda a segunda metade do século XIX, acompanhado de um lento e gradual processo de emancipação. Nas grandes cidades e principalmente na corte, o trabalho escravo era tão enraizado que mesmo os mais pobres tinham pelo menos um escravo ao ganho para o sustento de sua família. Nesse ponto atentamos para a aparente contradição entre um desenvolvimento gradual das instituições do Império rumo a uma pretensa “civilidade europeia” que contrastava com a permanência dos modelos de exploração da escravidão. A medicina acadêmica por sua vez não estava deslocada dessa realidade. Com um processo de maior institucionalização da medicina, observamos um discurso da elite médica crítica às práticas curativas populares de escravos e forros, mas que ao mesmo tempo no seu cotidiano poderiam conviver e até se complementar.

Para essa tarefa recorreremos ao Almanaque Laemmert, fonte já trabalhada por nós desde a graduação e que forneceu dados importantes sobre a maioria de médicos que não deixaram vestígios em outros tipos de documentação. Sistematizamos os dados relativos aos nomes e endereços dos médicos que anunciavam em suas páginas durante o período de 1844 até 1889. Importante destacar que o acesso aos anúncios que continham os nomes e endereços dos médicos nos possibilitou uma oportunidade ímpar de analisar um extenso número de médicos que atuava na corte, traçando um panorama complexo de suas relações e atuações no período. Antes de detalharmos qual nossa metodologia de trabalho com as fontes, cabe descrevermos o que foi o Almanaque Laemmert e a sua importância enquanto estratégia de anúncios dos serviços no Rio de Janeiro do período estudado.

¹ O gabinete ou ministério da conciliação foi o período marcado pela formação de um governo composto tanto pelo partido conservador quanto por membros do partido liberal. Essa organização proporcionou certa estabilidade política para a implementação de uma série de reformas no Estado Imperial.

O Almanaque Laemmert foi uma publicação que começou a circular no Rio de Janeiro a partir do ano de 1844 e se estendeu até as primeiras décadas do século XX. Em suas páginas se encontrava um detalhado inventário dos espaços públicos e privados da cidade do Rio de Janeiro e interior da província. Os anúncios eram tão diversos que incluíam: serviços profissionais, periódicos publicados na corte, instituições religiosas, sociedades de leituras, colégios, asilos e hospitais entre outras informações (LIMEIRA, 2007). Através desse mapeamento dos espaços profissionais na corte, foi possível chegar aos nomes e endereços dos médicos que atuavam no período que, assim como as demais categorias apontadas, entendiam que a estratégia de anúncios no almanaque era válida e importante.

De propriedade dos irmãos Henrique e Eduardo Laemmert, o Almanaque Laemmert era publicado anualmente, com uma média de mais de mil páginas. No primeiro ano a tiragem foi de aproximadamente 280 páginas, mas ao longo do tempo se tornou referência no mercado editorial carioca, sendo reconhecidamente uma boa estratégia de divulgação dos múltiplos serviços que eram oferecidos na cidade (LIMEIRA, 2007), como o de médicos. Embora provavelmente nem todos os médicos anunciassem no Almanaque, por sua preponderância no cenário editorial carioca da segunda metade do século XIX, trabalhamos com a hipótese de que grande parte deles utilizava esse meio para divulgação de seus serviços. Assim, através de seus números podemos ter uma ideia de quantos atuavam na cidade.

Outro importante aspecto que podemos tratar do almanaque é a sua abrangência enquanto instrumento de atração de clientes e, assim, a atratividade desse periódico como estratégia de divulgação dos serviços oferecidos em suas páginas. Primeiramente, o período estudado é de grande efervescência da cultura de almanaques, tanto internamente no Brasil como externamente nos países europeus. Também nessa época, embora as demais localidades do Império tenham um número de alfabetizados de apenas 15% da população, na corte esse número subia significativamente para 50,4 %, o que facilitava a difusão das propagandas escritas do almanaque (LIMEIRA, 2007). Outro indicador da presença do Almanaque Laemmert como meio reconhecido de divulgação de serviços na cidade foi a sua quantidade de assinantes. Entre a primeira lista de em 1845 e o ano de 1859 houve um aumento de quase 300% do número dos nomes relatados. Como números totais temos para o primeiro ano 1845, 137 assinantes e já para o ano de referência de 1859 ultrapassou o número de 380.

Quando recorremos exclusivamente aos números dos anúncios referentes à presença de médicos na cidade entre os anos de 1844 e 1889, constatamos que havia mais de nove mil (9.000) anúncios (sendo esses os números totais de anúncios sem exclusão dos que se repetiam a cada ano). Se contarmos os anunciantes, obtivemos o número de mais de 1500 ao longo dos 45 anos estudados. Esse total refere-se à listagem geral apresentada em cada ano. A grande quantidade de anunciantes também refletiu o bom preço dos anúncios que eram escolhidos na secção das listagens gerais. Para a pesquisa, trabalhamos com duas seções de anúncios do Almanaque Laemmert, as listagens gerais e a secção Notabilidades.

Para o caso do material trabalhado nas listagens gerais, observamos uma lista com o nome completo da pessoa e seus endereços de atuação, sendo o valor para esse tipo de propaganda orçado em trezentos réis (\$300), preço da linha anunciada. Já para outros tipos de anúncios maiores, como os da secção Notabilidades, os valores eram de quinze mil réis (15\$000) pelo anúncio de uma página inteira, oito mil réis (8\$000) por meia página quatro mil réis (4\$000) por um quarto de página. Todos esses valores eram válidos para o período entre os anos de 1844 até 1859 (LIMEIRA, 2007). Com esses dados, analisamos quantitativamente com o número de médicos novos na listagem de um ano para outro, a quantidade dos que continuaram anunciando no ano seguinte, o número de médicos que permaneceram no mesmo endereço de atuação de um ano para o outro e o número dos que mudaram de endereço. Junto com esses dados os números absolutos de anúncios também foram comparados, assim como a presença de mais de um estabelecimento por anunciante. Todas essas informações foram trabalhadas ao longo do presente estudo. Através da comparação desses dados, poderemos inferir como a maior institucionalização da medicina crescente por todo o século XIX interferiu no mercado de cura da corte.

Embora utilizemos o Almanaque como principal fonte de análise desse trabalho, recorremos também à listagem de médicos formados na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro juntamente com os nomes presentes em suas teses, que constitui outra fonte que contribuiria para dimensionarmos o universo de médicos que atuava na cidade. Ao juntarmos essas duas informações, observamos um quantitativo total de pouco mais de 1900 médicos ao longo do período estudado. Cabe destacar que, embora trabalhemos com as informações dos formandos na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nossa análise se deteve no trabalho com as fontes oriundas do Almanaque Laemmert.

Conseguimos acessar os dados referentes aos formandos da Faculdade de Medicina, através da análise dos relatórios do Ministério do Império² Nela encontramos informações detalhadas da forma com que a Faculdade (1838-1889) era administrada, suas demandas e seu corpo docente e discente. Através desse material, conseguimos chegar ao número de 1975 doutores formados ao longo dos anos estudados. Embora o número seja significativo, superando inclusive o número de médicos que anunciava na Almanaque Laemmert, tivemos pouco acesso ao nome desses médicos, já que a relação nominal nem sempre estava presente no relatório enviado ao ministério ou não conseguimos acesso a todas as teses defendidas na Faculdade. Mesmo com essa dificuldade pudemos identificar 443 nomes de médicos, que constavam na listagem presente em 12 anos de relatórios. Durante os anos de 1832 a 1859 e os anos de 1862, 1863, 1864, 1871 1873, 1880, 1881, 1885, 1887, 1888 há apenas informação sobre o número de formandos, somando-se a esse número, 98 nomes de médicos que tivemos acesso através de suas teses.

Ao comparar a lista do Almanaque Laemmert com a de formandos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e das teses defendidas, observamos que 88 médicos identificados nos relatórios e/ou teses anunciaram no Almanaque em algum momento dos anos analisados e 453 não constavam na listagem do Almanaque. Ao juntamos os 453 com os 1543 médicos anunciantes no Almanaque, temos o número de pelo menos 1996 médicos que poderia atuar na cidade no período de 1844 até 1889. O fato de ser formado na Faculdade do Rio não significa que esses médicos atuariam na cidade, assim como médicos formados na Bahia podiam ter atuado no Rio. De todo modo, apontam para números bastante significativos para a investigação da alta competitividade no mercado médico da Corte. Certamente, entre os 1470 médicos que anunciaram no Almanaque, cujos nomes não estavam na lista nominal dos relatórios, muitos tiveram a formação na FMRJ, mas estavam apenas na lista numérica. Outros poucos, 12 médicos, formaram-se na faculdade a Bahia e atuavam no Rio³.

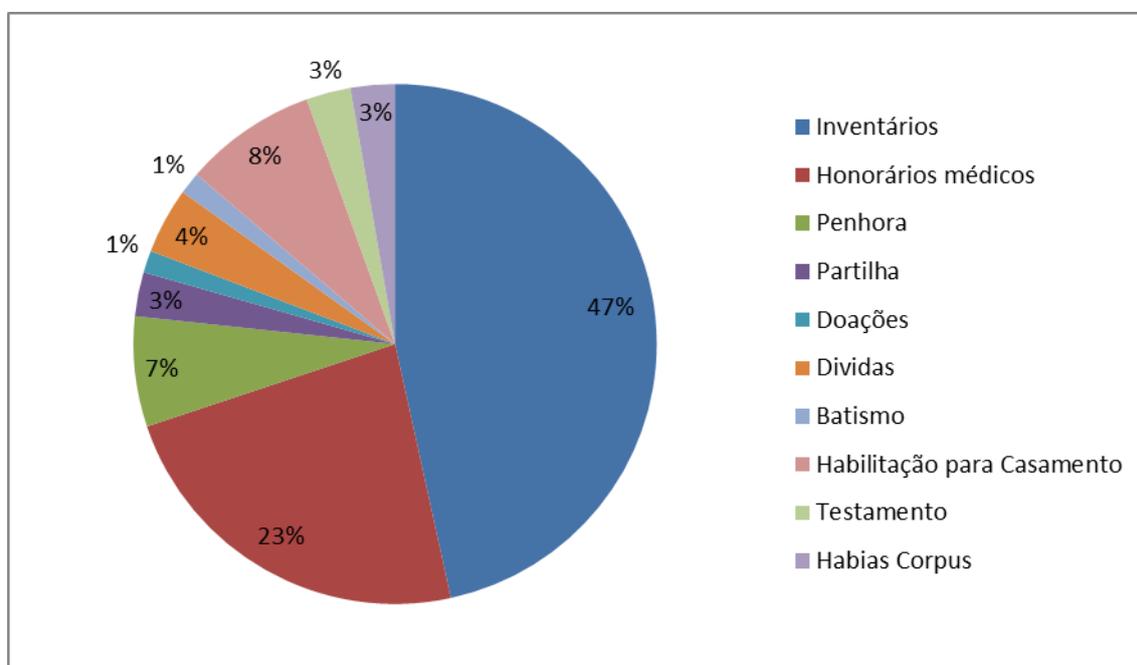
² BRASIL. Secretaria de Estado dos Negócios do Império. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, 1844 à 1889. Disponível em :<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/império>. Acesso em 31 mar.2018.

³ Juntamente com os números de médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fizemos um levantamento no mesmo período para a Faculdade de Medicina da Bahia onde encontramos um total de 1743 médicos doutores ao longo do período estudado. Desses apenas 12 estavam presentes na listagem de médicos do Almanaque Laemmert, o que demonstrou a pouca circulação de formandos entre as cidades.

Além da análise quantitativa, presente em todo o trabalho, desenvolvemos uma análise qualitativa, focada nas informações fornecidas pelo Almanaque Laemmert, que nos possibilitou traçar o perfil do médico acadêmico que atuava na corte no período. De posse do nome e do endereço dos médicos presentes no Almanaque Laemmert para no período de 1844 até 1889 e, tendo em mente a relevância do Almanaque como instrumento de divulgação dos serviços, tivemos a possibilidade de acessar nominalmente grande parte dos médicos que atuavam na corte. Foram publicados 9793 anúncios no período analisado, que correspondiam a 1543 anunciantes. Após a identificação dos nomes e endereços dos médicos, investigamos nominalmente cada um dos 1543 médicos nas fontes cartoriais e judiciais do acervo do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Ao todo, localizamos 82 indivíduos, cuja documentação fazia clara referência a eles como médicos.

A documentação analisada refere-se a uma gama de tipologias de processos judiciais e cartoriais, como: inventários, honorários médicos, penhora, partilhas, doações, dívidas, batismos, habilitação para casamento, testamento e habeas corpus. As ações se dividiam da forma com que observamos no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Tipologia de Fontes no Arquivo Nacional



Fonte: Arquivo Nacional do Rio de Janeiro

A partir das informações contidas nas mais variadas tipologias de fontes observadas, conseguimos entender de uma forma mais significativa o cotidiano desses médicos. Nossa intenção foi investigar aspectos da formação socioprofissional, por isso ao longo de toda essa tese trabalhamos com as informações quantitativas e as possibilidades qualitativas fornecidas pelas documentações cartoriais.

Além das listas com nomes e número de endereços dos médicos e da documentação cartorial, utilizamos também uma segunda seção presente no Almanaque Laemmert denominada notabilidades. Embora inferior ao número de anúncios gerais, a seção notabilidades disponibilizava anúncios com mais informações, o que possibilitou uma análise mais completa. Nessa seção, observamos o surgimento dos anúncios das clínicas particulares e da formação das especialidades médicas, tema fundamental para a consolidação dos médicos enquanto categoria socioprofissional. Esse aspecto foi debatido de forma mais extensa no capítulo terceiro sobre as especializações médicas.

Outro aspecto trabalhado na tese, refere-se à análise da presença geográfica dos médicos e em menor número, das outras categorias de cura na cidade ao longo de todo o período estudado. Nesse ponto, embora foquemos na análise dos 82 médicos com arquivos judiciais, dentro da relevância da análise, abarcamos o conjunto dos outros anúncios.

Frente a esses desafios propostos, começamos a produzir o primeiro capítulo intitulado: *Médicos Cariocas: O conceito de Médicos Ordinários*, com um estudo bibliográfico sobre as principais correntes historiográficas que essa tese dialogou. Na segunda parte, começamos a desenvolver o estudo sobre as características da corporação médica, para entendermos como essas características se modificaram e potencializaram as divisões internas da medicina acadêmica. Ao realizar esse trabalho, nos deparamos com as dificuldades de abordar tal tema restritos a apenas o capítulo um. A partir dessa constatação, reestruturamos nossa tese. No primeiro capítulo, além do estudo bibliográfico, analisamos três tópicos (as nacionalidades, os bens médicos e a relação dos médicos com a escravidão) que ao nosso ver caberiam nas limitações do primeiro capítulo. Essa análise nos permitiu debater o que chamamos de médicos ordinários. A partir do segundo capítulo estudamos apenas uma característica que consideramos relevante para entender as modificações e divisões da corporação médica, dedicando uma análise mais minuciosa, ao nosso ver essencial para o trabalho. Foram eles: O

mercado médico, as especializações médicas e os espaços históricos-geográficos que os médicos atuavam.

No segundo capítulo intitulado: *O Mercado Médico* analisamos as relações que os médicos traçavam dentro do mercado de cura na corte, trabalhando com a possibilidade do "inchaço" desse mercado e as consequências que esse fato ocasionou tendo como perspectiva as relações entre médicos/pacientes e entre médicos e demais ofícios de cura.

Para tal análise, comparamos dados populacionais entre a corte e outras cidades dos EUA e da Europa, objetivando entender a real dimensão do mercado médico no Rio de Janeiro do século XIX. Trabalhamos também com a renda médica, entendendo a importância da análise dos rendimentos da população em comparação com a dos médicos analisados. Esse estudo nos permitiu acessar a posição econômica que o médico ordinário mantinha em relação aos outros ofícios presentes na corte

Nossa base de dados para esse capítulo foi coletada através dos pedidos de pagamento de honorários médicos e inventários presentes na documentação cartorial arrolada a partir da pesquisa no Arquivo Nacional.

As especializações médicas como constituição do ofício foi o título do terceiro capítulo. Nele estudamos as especializações médicas através da análise quantitativa dos dados da presença dos médicos na cidade do Rio de Janeiro a partir do trabalho com três fontes: os anúncios das listagens dos médicos no Almanaque Laemmert, a seção de notabilidades do mesmo Almanaque e os dados referentes às matrículas e disciplinas da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Através do cruzamento desses dados podemos desenvolver gráficos e tabelas que nos indicariam como se desenvolveram as especializações médicas ao longo da segunda metade do século XIX e seu impacto na institucionalização da medicina acadêmica.

Observamos que ao longo dos anos as especializações médicas se tornam frequentes no material analisado. Sobre essa perspectiva, buscaremos entender esse processo através da análise dos dados quantitativos apresentados, juntamente com o estudo da bibliografia sobre o tema, tendo em mente entender as transformações no exercício da medicina e a constituição do campo médico com suas várias "especializações". Chamamos atenção também nesse ponto para o papel das casas de saúde no desenvolvimento das especializações. Instituição que impactou decisivamente a formação das especializações na Corte e a própria institucionalização da medicina.

Por fim, no quarto capítulo, *Os médicos no espaço histórico-geográfico do Rio de Janeiro*, analisamos o espaço histórico-geográfico da corte, sob a perspectiva da inserção da medicina acadêmica nesse espaço. Observamos a forma como os médicos se mostraram presentes em toda a corte, acompanhando a sua expansão ao longo dos anos.

A utilização das informações espaciais contidas nos anúncios do Almanaque nos permitirá chegar a localização da atuação dos médicos na cidade do Rio de Janeiro dentro do período estudado. A partir dessas informações utilizaremos o Sistema de georreferenciamento histórico ou SIG⁴ como instrumento teórico/metodológico de análise das informações espaciais contidas nos anúncios presentes no Almanaque Laemmert. Ao permitir integrar dados que se conectam através de características espaciais, o uso do SIG “tem-se mostrado uma boa ferramenta analítica para historiadores, especialmente, em pesquisas que possuem um grande volume de informações georreferenciáveis”(REBELATO & FREITAS, 2011). Com esta análise procuramos identificar espacialmente as relações existentes na corporação médica e suas divisões internas, que disputavam o espaço de atuação na cidade.

Nesse trabalho procuramos entender, a partir dos objetivos de cada capítulo, como foi o processo de institucionalização da medicina acadêmica, tendo como perspectiva a construção do conceito de médicos ordinários e a análise de suas características. Para tanto nosso olhar analítico se concentrou nas próprias divisões da medicina acadêmica, mas sem deixar de levar em consideração as relações que a mesma traçava com os curandeiros populares e a população em geral. Apontamos para o fato de os médicos ordinários serem a maior parte dos que exerciam a medicina, estando eles disseminados pela cidade. A partir dessa perspectiva traçamos um perfil desses médicos que tiveram um papel importante no desenvolvimento das especializações. Indicamos também que os mesmos tinham um maior contato e promoviam uma maior assistência a população de forma geral.

⁴O conceito sobre o que é o Sistema de Informação Geográfica na história (SIG), não é unânime, contudo é consenso que as inovações trazidas pelo SIG estão relacionadas com a criação, manipulação, visualização e análise de banco de dados geográficos. Seu impacto está relacionado á possibilidade de visualização e interação com o objeto histórico estudado, características significativas se levarmos em consideração o interesse do público atual.

Capítulo 1

Médicos Cariocas: O conceito de Médicos Ordinários

Nosso primeiro capítulo está dividido em três tópicos. No primeiro apresentamos uma revisão bibliográfica do tema estudado, atualizando e debatendo os temas mais caros à história das doenças, das artes de cura e da medicina. Acrescentamos a esse debate, algumas referências sobre história econômica e georreferenciamento histórico, que nos permitiu, combinado com a bibliografia sobre história da saúde, chegar às conclusões desse trabalho.

No segundo tópico, abordamos as relações que a medicina acadêmica mantinha com as demais artes de cura atuantes na cidade do Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX. Nosso objetivo, nesse tópico, é entender como se constituiu o processo de formação de uma identidade socioprofissional médica em contraposição aos demais grupos “concorrentes”. Ao mesmo tempo, pretendemos demonstrar o quanto as demais artes de cura, como barbeiro-sangradores, curandeiros, parteiras e boticários, conviviam no mesmo espaço de atuação com a medicina oficial, nem sempre em posição de inferioridade ou competição. Para abordar essa temática, trabalhamos com a historiografia já escrita, além de utilizar dados do Almanaque Laemmert.

Para finalizar o capítulo, no terceiro tópico, traçamos o perfil socioprofissional dos médicos acadêmicos que atuavam na corte. Na tentativa de investigar quem foram esses médicos, organizamos algumas informações presentes na documentação analisada que nos ajudaram a construir esse personagem, como: as nacionalidades, os bens e a relação dos médicos com os escravos.

Essa análise nos permitiu problematizar o que classificamos como médicos ordinários: os médicos que eram diplomados pelas faculdades de medicina e não pertenciam à elite médica. Consideramos que esses médicos constituíam a maioria e eram os que, de fato, tinham maior contato com a população e com as demais categorias de cura que atuavam na corte.

1 Revisão Bibliográfica

Os estudos sobre a história da medicina no Brasil começaram a ser produzidos no início do século XX, principalmente por médicos que possuíam uma concepção evolucionista da medicina e um senso de proteção da classe médica. Através de uma perspectiva memorialista, procuravam articular fatos e personagens do passado em oposição às concepções da medicina vigente (EDLER, 1998), destacando o espírito pioneiro de certas personalidades médicas que estariam à frente de seu tempo. Nesse período, podemos ressaltar as contribuições dos autores ao tema das instituições médicas, destacando-se: MAGALHÃES (1932), TORRES (1952), SILVA (1929) dentre outros⁵. Porém, o estudo mais conhecido e detalhado da época é o clássico “História Geral da Medicina Brasileira” de Santos Filho (1971). Nesse trabalho, Santos Filho se debruça de forma minuciosa sobre o desenvolvimento do campo profissional médico que, por apresentar uma grande quantidade de dados e fontes, se tornou referência para as pesquisas históricas posteriores (DANTAS, 2013).

A partir dos trabalhos publicados por Foucault, alguns autores brasileiros começaram a interpretar a história da medicina de uma maneira diferente, principalmente, focando na questão da medicina social e no controle imposto por essa medicina à sociedade. Destacam-se nesse grupo os trabalhos de Roberto Machado e co-autores no seu livro, “Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil” (1978), e Madel Luz, “Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)” (1982), datados do final da década de 1970 e início da 1980.

No decorrer da década de 1990, novos trabalhos elaboraram uma diferente base de interpretação sobre a cura, a medicina e a profissionalização médica, criticando algumas das ideias de Machado (EDLER, 1998). Nesse período se destacam os trabalhos de Luiz Otávio Ferreira (1996), Flávio Edler (1992 & 1998) e Beatriz Weber (1999). Esses estudos tentavam relativizar a unicidade da corporação médica descrita por Machado anteriormente, demonstrando que, embora o discurso demonstrasse uma tentativa de controle social da medicina perante a sociedade, esse fato encontrou barreiras sólidas que impediram sua implementação. Destaca-se, assim, a falta de adequação com as políticas do Estado Imperial, a grande plêiade de “medicinas” que

⁵Ver Edler, 1998.

conviviam e disputavam com a prática acadêmica e a falta de uma visão única vinda de um projeto médico das elites acadêmicas, principalmente representadas pelas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e pela Academia Imperial de Medicina.

O trabalho de Edler (1992) foca no processo que levou à profissionalização da medicina acadêmica na corte no período do Segundo Império e a importância das lideranças corporativas que lutavam pelo espaço de institucionalização médica, como porta-vozes dos vários interesses da corporação médica. É importante destacar o papel da imprensa médica em seus estudos, como um instrumento de análise das diversas discussões científicas travadas por médicos do período, além de ser um difusor de novas ideias. Esse estudo foi pioneiro ao criticar as análises baseadas em uma interpretação foucaultiana da medicina.

Ferreira (1996) destaca as disputas e conflitos existentes entre os médicos, apontando a não existência de uma homogeneidade entre a própria classe médica, principalmente nas disputas entre os cirurgiões e os médicos. O autor avança significativamente na análise dos periódicos médicos da primeira metade do século XIX, demonstrando a importância dos mesmos no processo de institucionalização da medicina, além de entendê-los como fontes indispensáveis para se perceber os conflitos intra-classes.

O trabalho de Weber (1999) percorre a profissionalização da medicina no Rio Grande do Sul e suas relações com as artes de cura populares. A autora chama a atenção para as especificidades da província no pós-proclamação da República com uma constituição de inspiração positivista. Através dessa característica política se prezou a maior liberdade de prática profissional e da cura, abrindo um espaço institucional para as práticas de cura populares e dificultando a institucionalização da medicina acadêmica.

Além dos trabalhos citados anteriormente, apontamos também na década de 1990 a obra de Edmundo Coelho, “As profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930”, editada em 1999. Embora seja um livro voltado para a sociologia das profissões no Império, ao entender o processo da formação da medicina acadêmica como profissão, fornece importantes indicações das práticas sociais e corporativas dos médicos na corte do Rio de Janeiro. Através desse estudo entendemos mais das disputas internas dos médicos pela hegemonia das artes de cura e como essa corporação se mostra heterogênea em suas ideias ao longo de seu processo de

formação. Em seu livro, Coelho, de certa forma, se alinha à bibliografia do período ao relativizar o domínio da corporação médica perante às demais artes de cura e a sua homogeneidade de ideias.

As diretrizes da crítica feita por essa bibliografia focam na investigação sistemática da relação entre a medicina acadêmica e os órgãos da elite médica, como a Academia Imperial de Medicina e os periódicos médicos, que expressavam os projetos dos médicos renomados e suas contradições e disputas pela hegemonia do campo. O que propomos fazer a partir do estudo dos anúncios médicos presentes no Almanaque Laemmert é focar nos médicos ordinários, que disputavam sua clientela, palmo a palmo no espaço geográfico-social, entre eles próprios e com as mais variadas práticas de cura existentes na corte oitocentista. Assim, preencheremos essa lacuna, apontada, entre outros, por Coelho (1999) quando relata que médicos, advogados e engenheiros menos ilustres não deixaram traços de sua existência. Embora não concordemos com essa afirmação, ela indica uma escassez de estudos sobre os agentes de cura oficiais que nos escapam através da análise restrita a fontes produzidas pela elite médica.

Através de um levantamento preliminar de fontes no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, enxergamos a possibilidade de desenvolver um trabalho em História Social com médicos ordinários, que em geral não aparecem na documentação de instituições médicas. Com seus inventários, habilitações para casamento, processos civis, entre outras documentações judiciais, identificados a partir dos nomes dos médicos que anunciavam no Almanaque Laemmert, observamos possibilidades de reconstituição uma pequena parte dessas trajetórias para entendermos como a prática médica era exercida no cotidiano da cidade por esses desconhecidos representantes da medicina acadêmica.

O dr. Alexandre José do Rosário ilustra o tipo de médico a que nos referimos. Seu inventário foi encontrado em nosso levantamento inicial de fontes. Lycurgo Santos Filho fez referência ao doutor ao citar sua tese de doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1839: “Influência dos Alimentos e bebidas sobre o moral do homem” (SANTOS FILHO, 1971: 508). Além dessa referência, não temos indicação de que o doutor tenha tido qualquer cargo relevante, como por exemplo, professor da faculdade de medicina. Nosso personagem anunciou uma única vez no Almanaque Laemmert no ano de 1845, na Rua do Sabão, n. 139, mesmo endereço em que faleceu no ano de 1851. Em seu inventário post-mortem

encontramos os registros de seus bens (como uma lista de seus livros, incluindo dois manuais de medicina), nomes de parentes, dívidas deixadas (como a reclamada pelo cocheiro por tratar seu cavalo) entre outras informações que podem nos fornecer pistas sobre sua trajetória de vida e as interações sociais desse médico comum. Através desse tipo de documentação e do cruzamento de dados, pretendemos trilhar os caminhos da pesquisa e chegar mais próximo do cotidiano desses agentes de cura, sua localização de atuação na cidade e suas relações sociais.

Além das relações entre os médicos, podemos reconstituir as relações entre esses e os demais agentes de cura, presentes no Almanaque. Para tanto, utilizamos uma bibliografia que surgiu paralelamente ao desenvolvimento dos novos estudos sobre a medicina acadêmica e o corpo médico, citadas anteriormente. Essas pesquisas tinham como objetivo entender as práticas de cura populares e suas relações com as demais práticas de cura.

Dentre os autores, destacamos o trabalho de Chalhoub (1996) que forneceu uma importante contribuição para entendermos melhor as epidemias e o controle higienista das populações subalternas no Rio de Janeiro Oitocentista. O autor, nesse estudo, identificou a associação feita pelas autoridades entre as doenças, escravidão e moradias populares, onde determinadas doenças e epidemias eram associadas a africanos e a cativos, que assim ameaçariam a ordem social. Em sua obra, Chalhoub deu um destaque importante para as modificações feitas na estrutura da cidade para atender melhor a certos preceitos higienistas e reprimir a ameaça higiênica-social vinda dos cortiços.

No fim da década de 1990, as práticas de cura passaram a ser um tema bastante disseminado nas teses e dissertações de programas de pós-graduação em todo o Brasil. Mais especificamente sobre as artes de curas populares e suas relações com a medicina acadêmica, ressaltamos os trabalhos de: Gabriela Sampaio (1995 e 2000⁶) e , Márcia Ribeiro (1997) Tânia Pimenta (1997 e 2003), Betânia Figueiredo (2002), Marcio Soares (2001), Nikelen Witter (2001), Regina Xavier (2008) e Maria Renilda Nery Barreto (2000 e 2008).

Na mesma temática das artes de cura populares, apontamos alguns exemplos de suas relações com a medicina acadêmica oficial, em trabalhos do mesmo período que analisam esse processo em outras localidades fora do contexto imperial brasileiro. Em nossa pesquisa destacamos os estudos de Junita de Barros (2007) intitulado:

⁶ Livros publicados nos anos de 2002 e 2009 respectivamente.

“Dispensers, Obeahand Quackery: Medical Rivalries in post-Slavery British Guiana” sobre a Guiana Inglesa no período pós-escravidão, 1830 até o início do século XX e Marie-Cecile Thorat (2012), que procurou entender o que chamou das deficiências médicas ocidentais no trato de doenças presentes nos territórios coloniais franceses do Egito (1789-1801), São Domingo (1802-1803) e Argélia (1830-1860).

Assim, as práticas de cura populares ganharam uma importância e presença significativa na historiografia e, a partir desses trabalhos, observamos como os curandeiros populares eram figuras constantes no dia-a-dia das cidades brasileiras oitocentistas, sendo por vezes preferidos ou mesmo parceiros dos médicos acadêmicos, mesmo com uma maior fiscalização e desautorização de seus serviços pelos órgãos oficiais.

Ao nos debruçarmos sobre o tema das artes de cura populares e suas relações com a medicina acadêmica, a maior parte desses estudos torna clara a conclusão sobre as escolhas dos segmentos sociais subalternos pelas práticas populares de cura. Em sua maioria, escravos e libertos recorriam a essas práticas, pois os mesmos apresentavam uma concepção de mundo e sociedade compartilhada por esses segmentos sociais subalternos.

Todos os trabalhos elencados anteriormente serviram de importante subsídio bibliográfico para entendermos melhor as relações entre a medicina oficial acadêmica e as outras várias medicinas atuantes no período estudado. Através da articulação desses trabalhos com as fontes arquivísticas levantadas, poderemos chegar mais próximo desses vários agentes de cura.

Além da bibliografia levantada sobre a história das doenças, das artes de cura e suas relações com a medicina acadêmica, destacamos em nossa revisão bibliográfica outros três temas que nos subsidiaram para a presente tese: especializações médicas, estudos sobre georreferenciamento histórico e história econômica.

Por diversas vezes dentro da pesquisa, encontramos um campo fluido no que tange à delimitação das especialidades médicas. Nos anúncios da época, podemos observar situações em que anunciantes publicavam seus serviços com classificações socioprofissionais diversas. Ao estudar o processo de profissionalização da oftalmologia na segunda metade do século XIX, Bruce (2005) chama atenção para como um grupo de médicos passou a se autodeterminar oftalmologista, sendo reconhecidos pela sociedade e por seus pares, como possuidores de um saber específico. A partir desse

reconhecimento, esses “especialistas em olhos” fundaram um Instituto, criaram uma revista especializada e atuaram ativamente na clínica médica. Com essa análise, o autor levanta questões teóricas e metodológicas, verificando os fatores e as conjunturas que impulsionaram o desenvolvimento das especializações médicas na cidade e, no seu caso, mais especificamente a oftalmologia.

No mesmo campo, destacamos o trabalho de George Weisz (2003) como referência dos estudos internacionais sobre o processo de especialização da medicina na Europa Ocidental e nos EUA. Seu estudo analisou o processo da especialização das disciplinas e práticas médicas a partir da comparação dos modelos parisienses e londrinos. Nesse ponto, o autor vincula o surgimento de especializações médicas a pré-condições que se desenvolveram no período, como: a racionalidade administrativa, as mudanças no saber e na prática médica e a necessidade de se expandir o conhecimento, algo que só poderia acontecer na prática se os campos do conhecimento médico se ramificassem.

2 Medicina acadêmica e ofícios de cura

Ao longo do século XIX, a medicina acadêmica se apresentava como mais uma das possibilidades de tratamento para o doente. Muitas vezes ocupava um papel de igualdade ou mesmo de relativa subordinação a outras práticas quanto à preferência dos doentes (PIMENTA, 2003). Esse quadro passou por grandes modificações durante o período, com o processo gradual de oficialização e tentativa de hegemonização do discurso oficial de cura por parte das elites médicas acadêmicas (EDLER, 1992).

Iniciamos esse primeiro capítulo investigando, através de fontes e da bibliografia sobre o tema, as possibilidades, interações e disputas com que a medicina acadêmica se depara no período da segunda metade do século XIX no Rio de Janeiro. Tendo em mente que um dos aspectos essenciais para a construção do corpo médico enquanto categoria socioprofissional (CERUTTI, 1998) foram suas experiências comuns com os grupos "concorrentes". Ao analisar a categoria dos médicos dentro dos seus processos históricos de interações e construção de uma identidade, nos identificamos com os estudos de história social que se referenciam na perspectiva thompsoniana de análise, derivada das críticas aos modelos estáticos de análise social. Thompson reestruturou o modo de entender a formação das classes sociais, valorizando as relações entre os indivíduos. Ao trabalhar com o conceito de classe social como algo historicamente

construído através da agência dos próprios personagens (CERUTTI, 1998b), Thompson abriu uma nova perspectiva na história social. Para o autor: "... não podemos entender a classe a menos que a vejamos como uma formação social e cultural, surgindo de processos que só podem ser estruturados quando eles mesmos operam durante um considerável período histórico" (THOMPSON, 2011, p.13). A partir desse olhar, o estudo desses personagens, antes invisíveis, ganha uma nova importância.

Dentro dessa nova tradição inaugurada nesse período, os trabalhos de história social ganharam uma perspectiva que enfatizava: leitura minuciosa da documentação, estudo das trajetórias e relações das pessoas dentro do seu contexto social, introdução de aspectos culturais para entender a dinâmica dos de "baixo" e foco no processo ao invés das estruturas e instituições. Sendo assim, abordamos a categoria "médicos" não como único instrumento de identificação de indivíduos (CERUTTI, 1998a), mas entendendo que a categoria socioprofissional de "médicos" era apenas um dos papéis possíveis que esses indivíduos exerciam na sociedade. Entender seus múltiplos papéis e suas relações se torna essencial para o próprio entendimento da sua atividade enquanto médicos. Assim temos consciência de que a corporação médica, enquanto grupo (THOMPSON, 2011) se constituiu através de um movimento histórico de negociação e conflito com os mais variados setores da sociedade (como os demais ofícios de cura estudados e o próprio Estado Imperial). Através do estudo da categorização dos médicos ordinários⁷ e suas relações com os demais ofícios de cura, temos a perspectiva de entender melhor como essa corporação se organizou e se modificou ao longo do XIX, assim como a experiência cotidiana dos agentes médicos com menos prestígio, que constituíam a maioria, procurando sempre enxergar a "história vista de baixo", como construtora da realidade social.

Partindo da análise dos médicos ordinários, nossa pesquisa chama a atenção para a relação que esses médicos tinham com os enfermos, com os demais ofícios de cura e com o Estado Imperial. Ao analisar especificamente as trajetórias dos médicos ordinários, que seriam os que possuíam maiores possibilidades de contato e troca com a população em geral, optamos por estudar a atuação médica através do olhar cotidiano dessa categoria de ofício. Através dessas perspectivas conseguimos entender como a

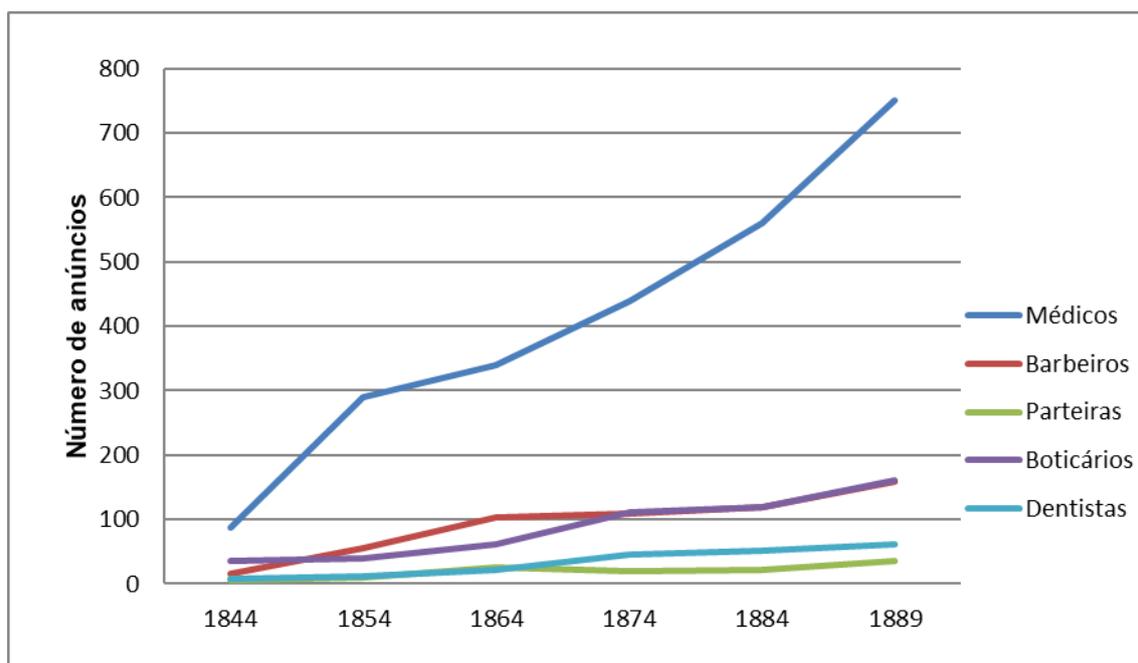
⁷ A conceituação do que seria esse grupo de médicos "ordinários", será feita mais especificamente na terceira parte desse capítulo, por hora utilizamos a definição de: os profissionais diplomados, que praticam a medicina, mas não eram nem professores da faculdade de medicina e nem membros titulares da Academia Imperial de Medicina.

categoria socioprofissional dos médicos construiu-se através da agência de seus membros (THOMPSON, 2011).

Ao analisar nossa fonte base para a pesquisa⁸, o Almanaque Laemmert, no período que vai do ano de 1844 até 1889 observamos que dentre os vários ofícios presentes no almanaque, os relacionados à cura são apresentados em sete categorias distintas. São elas: barbeiros-sangradores, boticários, curandeiros de galinhas, dentistas, enfermeiras, médicos e cirurgiões, parteiras e farmacêuticos.

É curioso observar que para além das várias classificações contidas no Almanaque, a presença dos anúncios ao longo de todo o período publicado é marcante. Para o presente estudo destacaremos os anúncios das categorias: médicos, barbeiros, parteiras, boticários e dentistas. Ao expressarmos esses números em um gráfico, conseguimos observar uma constante presença desses praticantes da cura, ao longo de todo o período estudado.

Gráfico 2: Presença dos ofícios de Cura no Almanaque Laemmert



Fonte: Almanaque Laemmert 1844-1850

⁸O levantamento citado para a presente tese, começou ainda no ano de 2009 durante a minha Iniciação científica no projeto intitulado: "Estado, filantropia e caridade: assistência à saúde (séculos XIX e XX)"

Ao destacarmos as cinco categorias expressas no gráfico (médicos, barbeiros, parteiras, boticários e dentistas), temos como objetivo demonstrar o quanto as diversas práticas acadêmicas e/ou populares eram presentes na corte. Nas próximas páginas desse trabalho, procuraremos entender como se desenrolaram as relações entre o médico acadêmico e as outras quatro categorias em destaques. Sendo duas no campo das artes populares de cura (barbeiros e parteiras) e duas mais próximas ao universo da vanguarda dos médicos acadêmicos (boticários e dentistas). Mesmo sabendo que essas classificações eram fluidas e muitas vezes expressas através do olhar da medicina acadêmica, esse tipo de divisão nos ajudará nas análises propostas.

Como primeiro grupo de análise, destacamos o universo das artes populares de cura através das relações dos barbeiros, curandeiros e parteiras com a medicina acadêmica oficial. Mesmo que o discurso médico, ao longo de todo o século XIX tenha tido como tônica geral a desqualificação dessas práticas, as relações da medicina acadêmica com os curandeiros populares foram muito mais complexas do que o discurso de desqualificação promovido pela elite médica apresentava. Apesar da legislação proibir a prática de cura por pessoas não autorizadas, existia certa flexibilidade por parte das autoridades para com os terapeutas populares (PIMENTA, 2003).

2.1 Barbeiros e Curandeiros

Como primeira categoria a ser estudada em nossa análise, destacamos os barbeiros-sangradores. Os barbeiros-sangradores foram um ofício que se distinguia pela sua principal atividade de cura, a sangria⁹, por seus praticantes terem contato direto com o corpo e sangue do enfermo, sua prática era relegada as camadas sociais subalternas (PIMENTA, 1998). A sangria constituía um recurso terapêutico fundamental entre as diversas concepções de saúde e era praticada, majoritariamente por escravos, forros e seus descendentes. Estes foram sendo, aos poucos, desqualificados pela medicina

⁹A sangria era uma prática amplamente utilizada em diversas culturas e reconhecida pelas várias formas de “medicina”, muito embora com significados distintos, até pelo menos o final do século XIX. Concepções que passavam desde os princípios de equilíbrio dos elementos do corpo até tratamentos ligados a cura espiritual. A técnica consistia em: amarrar com ataduras o sangradouro, para que a veia se levantasse e assim o barbeiro tivesse uma melhor visão. Depois se freccionava com os dedos, se dava um corte rápido e raso para que não atingisse nenhum nervo ou artéria. Após a saída da quantidade de sangue desejada, o barbeiro estancaria a ferida com um pano, envolvendo assim o corte com uma atadura. (SANTOS, 2005)

acadêmica, embora muitas vezes constituíssem a única assistência terapêutica aos mais pobres.

Para entendermos a importância do sangrador, devemos lembrar que durante quase todo o século XIX as concepções médicas acadêmicas baseavam-se no paradigma hipocrático-galênico, segundo o qual o corpo humano era composto por humores, cujo equilíbrio em termos de quantidade e localização contribuía para a saúde individual (LEGIBRE,1985).

Nesse sentido, um dos recursos mais utilizados nesse período era a sangria. Apesar disso, considerava-se a sangria um ramo da arte da cirurgia, que por sua vez, sendo uma atividade manual e que lidava diretamente com sangue, era desvalorizada em relação à medicina, uma “arte liberal”, que eximia o médico de tocar no doente, senão para verificar o pulso (BARRADAS, 1999).Desde a Idade Média, as pessoas que desempenhavam a sangria associavam-se em confrarias e pertenceriam a camadas sociais inferiores. No Brasil do século XIX, essa hierarquia das artes de curar se mantinha. Assim, naquele contexto, não havia ninguém mais apropriado para desempenhar as atividades de “sarjar, sangrar e aplicar sanguessugas e ventosas” do que os escravos e os forros (PIMENTA, 2003, p.84).

Os dados obtidos a partir da documentação da Fisicatura-mor, órgão responsável pela regulamentação e fiscalização das artes de curar e atividades afins entre 1808 e 1828, confirmam esta afirmação acerca de quem exercia a arte da sangria. A análise feita por Pimenta (1998) baseada na investigação dos processos da Fisicatura-mor a respeito da condição jurídica dos sangradores identificou que, entre os pedidos brasileiros, em 84% dos casos tratava-se de forros ou escravos, indivíduos livres podiam ser sangradores que, na maior parte das vezes, obtinham esta habilitação antes ou junto com a de cirurgiões. No entanto, a autora constatou que escravos e forros eram praticamente sempre sangradores, não conseguindo melhorar sua posição hierárquica dentro dos princípios estabelecidos pela Fisicatura-mor. Já os sangradores brasileiros, 61.7% eram escravos e 38.3%, forros. Entre os 173 sangradores com ‘nacionalidade’ definida, 61.3% haviam nascido na África. Percebemos assim, que os africanos ocupavam predominantemente este ofício. E entre os nascidos no Brasil, a maior parte era de escravos e forros, portanto descendentes dos primeiros (PIMENTA, 1998).

À medida que a corporação médica se organizava ao longo da primeira metade do século XIX, contudo, a sangria foi sendo considerada uma operação delicada e

complexa demais para escravos e forros. Isso, no entanto, não aconteceu de uma hora para outra. A figura do sangrador estava longe de representar um consenso para os médicos.

Percebemos, no entanto, que mesmo com as tentativas de reprimir e desqualificar a prática da sangria por barbeiros, ou agentes de cura não pertencentes ao círculo médico oficial, estes continuavam atuando ao longo da segunda metade do século XIX (DANTAS, 2013).

No presente tópico onde trabalhamos com as categorias populares de cura, iremos apresentar exemplos de estudos que envolveram várias subcategorias que se relacionavam. Entendemos que essa denominação, englobava vários ofícios de cura que tinham um perfil de praticantes semelhantes (geralmente escravos, descendentes de africanos e libertos) e de técnicas, mais ou menos, relacionadas. Cabe salientar que essas categorizações eram fluidas e imprecisas, como destaca Pimenta:

Além das diferenças que se constituíam entre médicos autorizados e terapeutas não autorizados, uma grande diversidade oculta-se sob o termo terapeutas populares e aqueles específicos à determinada atividade- parteiras, sangradores, curandeiros, curadores. Estas eram categorias imprecisas, que abrangeriam vários tipos. Assim, quando as pessoas da época referiam-se a curandeiros, ou mesmo quando se falava genericamente em terapeutas populares, aí podiam estar incluídos os que baseavam o seu tratamento em crenças religiosas; ou em conhecimentos acadêmicos adquiridos por meios de divulgação como folhetos, livros e periódicos; na experiência com ervas medicinais; ou mesmo na mistura dessas características. (PIMENTA, 2004, p. 69)

Embora essas classificações sejam de fato muito imprecisas, nos ajudam a entender e estudar os vários agentes que exerciam suas atividades de cura. Cabe ressaltar que geralmente essas divisões se faziam a partir da visão do Estado ou de órgãos representantes da medicina acadêmica, sendo muito mais importantes para a análise histórica do que de fato no cotidiano dessas práticas.

Por meio do estudo da trajetória de Juca Rosa, um curandeiro popular atuante na cidade do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, Gabriela Sampaio (2009), nos apresenta um ótimo exemplo das várias relações existentes entre os curandeiros populares e as várias práticas de cura. Através de um processo crime, Sampaio teve uma das raras oportunidades de observar as práticas dos curandeiros populares a partir da visão deles e de seus seguidores. Seu texto começa com uma descrição detalhada das

celebrações conduzidas pelo curandeiro Juca Rosa na noite do dia catorze para o dia quinze de agosto de 1871, na Rua Larga de São Joaquim. Em tal ritual havia a presença de vários elementos bem característicos das curas que envolviam esses sujeitos, dentre eles: a celebrações com espíritos e elementos da natureza (ervas e raízes). Através da análise desses rituais, observamos uma forte presença das tradições religiosas e curativas de origem africana, com suas características específicas de ressignificações e trocas culturais no contexto do Rio de Janeiro do século XIX, como a autora descreve:

Por outro lado, buscar origens africanas não quer dizer procurar algum tipo de ‘pureza’, como se houvesse uma forma cultural permanente e imutável que se perpetuasse através dos séculos. Buscar origens não significa uma origem que explique tudo por si só, mas sim procurar uma base a partir da qual a cultura se transformou e adquiriu novos significados (SAMPAIO, 2009, p. 196)

Dentro desse complexo quadro de interações culturais, podemos interpretar Juca Rosa como um sujeito que unia suas práticas religiosas, de ligações com os espíritos e condução de rituais católicos, à prática de cura, cumprindo um papel de curandeiro ou médico, unindo as concepções de doença do corpo e problemas espirituais.

Como principal característica de destaque desse emblemático caso representado pelo curandeiro Juca Rosa, observamos o quanto a elite branca por vezes compartilhava das crenças e aspirações de cura de seus males, através das práticas dos curandeiros populares. Embora enxerguemos a presença de uma relação de força e desigualdade entre as elites imperiais e a grande maioria da população negra, escrava ou liberta, por vezes, seus significados culturais e signos de interpretação do mundo se tocavam e por pequenos momentos/lugares, as relações costumeiras poderiam ser invertidas. Dentro do relato da trajetória de Juca Rosa, observamos esse tipo de inversão, principalmente quando sujeitos da elite branca recorriam a sua cura por entenderem que esta poderia de fato ser útil, mesmo com possibilidade de recorrer aos serviços de médicos diplomado (SAMPAIO, 2009). Ao atentar para as conexões entre os curandeiros populares e os médicos acadêmicos, o texto de Gabriela Sampaio nos forneceu uma visão ampla das várias possibilidades de interação entre essas duas categorias.

Seguindo na mesma linha de investigação, o trabalho de Regina Xavier traz elementos importantes da trajetória de Mestre Tito, curandeiro popular que atuava na cidade de Campinas e que por suas características (negro, liberto, curandeiro....) se

aproxima muito do personagem analisado anteriormente. Conhecido como um excelente aplicador de sanguessugas e ventosas teve uma atuação de destaque no exercício das práticas de cura na epidemia de febre amarela que assolava a cidade de Campinas por volta de 1870. Associava suas práticas curativas com a devoção ao santo católico São Benedito e se empenhou em arrecadar donativos para a construção da sua igreja. Além do santo o ajudar no trato com os enfermos, era necessário que o mesmo o protegesse para que ele próprio não adoecesse devido ao contato com os enfermos dos quais tratava.

Na sua trajetória podemos destacar duas passagens emblemáticas: a primeira refere-se ao caso de Camilo Bueno, fazendeiro da região, que poderia recorrer ao auxílio de médicos diplomados, mas reconhecia em mestre Tito a possibilidade real de se curar através de seus conhecimentos. Após algumas sessões de aplicações de sanguessugas, a doença se agravou e o enfermo procurou ajuda de médicos diplomados. A segunda passagem refere-se a relação entre Mestre Tito e o Dr. Daunt, que embora fosse um dos mais ferrenhos denunciadores dos chamados charlatões, era amigo pessoal de Tito, o indicando a alguns doentes que o procuravam e não conseguiam a cura, como o caso relatado a baixo:

[...] à consulta do Dr. Ricardo, apresentou-se um indivíduo portador de uma úlcera na perna. Narrando a sua dolorosa história, concluiu dizendo que os médicos que o haviam examinado foram unânimes em afirmar a necessidade de amputar aquele membro. Dr. Ricardo, depois de cuidadoso exame, diz: estou de acordo. Os médicos que me precederam não deixaram de me aconselhar essa terapêutica tão fulminante. Arrancar a perna, a ferida deixará de existir no corpo. Mas, ouça o meu conselho – procure o Mestre Tito e faça o que ele mandar. Estou certo que a ferida irá embora e a perna ficará no seu lugar. Mestre Tito Curou o infeliz (XAVIER, 2008, p. 169).

Observamos que as interações entre médicos acadêmicos e outros praticantes da cura foram além do conflito aberto, muitas vezes balizadas pela própria forma que o enfermo entendia a cura e sua doença. Quando lidamos com os curandeiros, em muitos casos pelo seu caráter popular, esses tinham concepções de cura e doença, mais próximas ao entendimento dos doentes o que facilitava a sua escolha na hora da cura (XAVIER, 2008). Analisando os dados populacionais da cidade de Campinas no período de atuação de Mestre Tito, percebemos que escravos e negros livres correspondiam a 60,8% da população. Uma maioria que certamente se identificava

socialmente com os curandeiros populares, como afirma Xavier: “Os curandeiros aparentemente ocupavam posições mais vantajosas por estarem, do ponto de vista social, mais próximos a uma grande parte de seus pacientes” (XAVIER, 2008, p.177). O argumento de que a falta de médicos em determinadas regiões fosse o fator principal para o estímulo à presença de curandeiros fica fragilizado ao observarmos que mesmo na presença e possibilidade de pagamento pelos serviços dos médicos diplomados, nos casos de Rosa e Tito o enfermo buscava a cura junto a esses práticos.

Questões semelhantes às abordadas nos estudos anteriormente mencionados para o Brasil império, são analisadas em outros contextos com a presença da escravidão. Além das relações sociais semelhantes, esses trabalhos se assemelham pela temporalidade e o processo corrente de institucionalização da medicina acadêmica ocidental. É o caso do trabalho de Junita de Barros intitulado: “Dispensers, Obeahand Quackery: Medical Rivalries in post-Slavery British Guiana”. Em seu estudo sobre a Guiana Inglesa no período pós-escravidão, 1830 até o início do século XX, De Barros (2007) analisou o lugar do médico assistente frente aos médicos “oficiais” locais. Sobre os mesmos processos históricos de formação do campo profissional médico, a sociedade colonial da Guiana Inglesa, assim como o Brasil Imperial, sofria as contradições de possuir curadores negros, descendentes de escravos e que praticavam suas curas com concepções que por vezes passavam a margem das práticas oficiais da medicina acadêmica. Nessa sociedade ainda observamos um elemento distinto do Império brasileiro, seus “curandeiros populares” poderiam ser oficializados e de fato terem o título de médicos (assistentes) com a real possibilidade de cursarem escolas de medicina¹⁰ (DE BARROS, 2007).

Logo após o processo do fim da escravidão na Guiana Inglesa, muitos médicos que atuavam nessa colônia, retornaram à Inglaterra. Nesse momento, começou um processo de incorporação dos chamados *medical assistants dispensers* ao sistema de saúde, mas que mesmo com esse processo de incorporação, eram vistos como figuras ambíguas e duramente criticadas nos discursos dos médicos. As críticas dos médicos acadêmicos, eram direcionadas principalmente para o fato de os médicos assistentes possuírem um tipo de tradição popular de cura com forte influência africana, o que os

¹⁰Possibilidade que no Brasil foi cada vez mais restrita a partir do fim da fisicatura-mor em 1828 e a impossibilidade de se obter autorização a algumas categorias de curandeiros populares como os barbeiros-sangradores (PIMENTA, 1997)

transformava em uma espécie de produto híbrido com o papel intermediário entre o enfermo e o médico oficial (DE BARROS, 2007).

A grande justificativa para a incorporação de curandeiros locais no sistema oficial de saúde do Império era a crônica falta de médicos nessas localidades, assim como a grande dificuldade que os mesmos tinham em chegar a essas diversas localidades. De certo essa dificuldade foi presente, mas assim como no caso do Brasil, a proximidade que a população tinha (socialmente, economicamente e culturalmente) com os médicos “auxiliares” locais (a proximidade permitia) que eles desfrutassem de prestígio entre a maior parte da população negra ou descendente de africanos. O próprio conhecimento cultural sobre plantas e ervas locais que eram utilizadas no tratamento de várias enfermidades foi um dos aspectos importantes da caracterização desses médicos. Sendo assim, observamos uma dupla função desses médicos: por um lado, importantes para o sistema médico colonial e, por outro, combatido pela elite médica imperial por suas características raciais, culturais e por suas práticas de cura concorrentes (BARROS, 2007).

Quando deslocamos essa análise para o caso brasileiro, vemos os imensos desafios que a própria tradição ocidental europeia de medicina sofre ao tentar se impor, através do discurso médico, enquanto única cientificamente verdadeira. Ao tentar dar conta das questões específicas do território brasileiro, diferente culturalmente e geograficamente do contexto europeu, o contato e a troca entre as várias tradições de cura presentes foi marcante. A interação entre as práticas populares e “oficiais” transformava o ambiente de atuação de médicos oficiais, curandeiros populares, barbeiros e as outras muitas categorias de praticantes de cura.

2.2 Parteiras

As parteiras¹¹ tinham um caráter diferenciado dos barbeiros, mas também não se encaixavam dentro do universo da chamada medicina oficial. Com grande participação nas atividades de cura e pelo caráter diferenciado da sua atividade (o contato direto com o corpo feminino), sua presença ao lado dos médicos oficiais, enquanto possuidoras de

¹¹ Podendo a mulher que cuidava da assistência ao parto, ser identificada de várias maneiras: parteira, comadre, aparadeira e curiosa. (BARRETO, 2008)

um saber específico sobre o corpo feminino, foi constante até pelo menos a primeira metade do século XX.

De modo geral, podemos identificar a parteira como uma mulher, que aprendia o ofício através de uma comadre ou de sua experiência com seus próprios filhos. Seu conhecimento poderia ser de duas origens: o primeiro e mais comum era empírico-sensorial, o segundo era o aprendido através de estudos, tanto em escolas tradicionais, quanto pela leitura de manuais de obstetrícia. Seu perfil social também pode ser traçado de forma aproximada. Eram mulheres de meia idade, casadas ou viúvas, compartilhavam a experiência de ser mãe e não necessariamente encaravam a parturição como uma profissão. Suas aprendizes mais comuns estavam ligadas às suas redes familiares femininas, como: filhas, noras, netas, sobrinhas, irmãs e cunhadas e suas principais práticas relacionavam-se aos estágios do nascimento, como aponta Barreto:

No Brasil as atribuições das parteiras foram similares às de suas congêneres europeias: partejavam, examinavam amas-de-leite, cuidavam da mãe e do recém-nascido, levavam à pia batismal as crianças que ajudavam a vir ao mundo; eram convocadas como peritas em exames médico-legais quando o assunto era virgindade; passavam atestado de saúde e de doença; sangravam, vacinavam, faziam abortos, ofereciam crianças para a adoção; tratavam da infertilidade e das doenças de mulheres. Convém acrescentar uma atividade peculiar ao regime escravocrata em que viviam: as parteiras recebiam escravas como pensionistas e após o parto as alugavam como amas-de-leite. (BARRETO, 2008, p. 904)

As chamadas “moléstias de senhoras” eram em sua maioria especialidades das parteiras que geralmente iam até a casa da enferma para o tratamento desses casos. Além dessas moléstias, problemas relacionados a gestação ou mesmo a prática do parto eram do campo específico dessa categoria. Mesmo quando atendidas por médicos, esses teriam que ter um conhecimento prévio do corpo feminino adquirido com o contato com as parteiras, ou mesmo a presença de uma delas no ato da cura. (WEBER, 2004)

De fato, o próprio desenvolvimento das técnicas e tratamentos para casos específicos de mulheres, ao longo de todo o século XIX, ficou relegado a segundo plano. Muito desse aparente “descaso” se dava por conta das relações de gênero presentes na sociedade Imperial brasileira patriarcal. Por em sua maioria os médicos diplomados terem sido homens, o trato com o corpo da mulher sempre foi algo complexo de se relacionar. Por serem relegadas a um ambiente próprio de cura, na

esfera do particular e íntimo, as parteiras ocupavam esse espaço de atuação através de suas técnicas que aprendiam no contado com parteiras mais velhas que guardavam o conhecimento do corpo feminino (WEBER, 2004). Era do campo de conhecimento das parteiras o compartilhamento dos mesmos signos e referência que as mulheres possuíam em seu cotidiano, a vida particular da casa e suas referências simbólicas, faziam da parteira, para além de uma curandeira, uma amiga que compartilhava seus segredos. Eram mulheres que exerciam os mesmos papéis cotidianos que as demais, mas também guardavam um conhecimento próprio das angústias e vidas femininas.

Embora identificada com as camadas populares, por seu caráter diferenciado de relações de gênero, as parteiras se relacionavam com a medicina acadêmica de forma diferente. O processo de institucionalização da medicina e repressão das práticas das parteiras se deu de maneira mais lenta e singular, sendo acelerado a partir da criação da faculdade de medicina (PIMENTA, 2003).

Pimenta (2003) relata o exemplo da tese de Francisco de Paula Costa, apresentada a faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para a obtenção do título de doutor em medicina. Em sua tese datada do ano de 1841, Francisco caracteriza as parteiras como sendo nascidas das classes mais baixas e despidas de qualquer conhecimento, condenando o fato de não saberem o momento de chamarem um médico quando a situação necessitava. Decerto, o relato datado da 1ª metade do XIX, apresenta uma das visões de como o discurso oficial da medicina encarava a presença de parteiras no trato das doenças femininas. Embora desqualifique de várias formas o conhecimento de tais práticas, em sua fala, podemos identificar espaços legítimos de atuação das mesmas. Ao caracterizar que essas não saberiam o momento de chamar os médicos, deixando uma indicação que existiria em um momento pretérito um espaço legítimo de atuação das mesmas dependendo do tipo e grau de complicação da mulher enferma.

Observamos, assim, que as parteiras, enquanto ofício de cura não acadêmico, passaram ao longo do século XIX pelo mesmo processo de desqualificação e marginalização das artes de cura populares dentro das estruturas legais do Estado. Até o ano de 1828 as parteiras, que usavam sua prática enquanto ofício, deveriam (e poderiam) pedir uma licença à Fisicatura-mor, mesmo que apenas uma minoria o tenha feito, demonstrando um espaço legítimo de atuação dessa categoria dentro das estruturas do Estado Imperial Brasileiro. Em 1832 a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, instituiu um curso de partos ministrado por professores homens quebrando a tradição da

presença feminina da passagem desse conhecimento entre as gerações. O que se observou foi que ao longo das décadas posteriores a introdução do curso de partos na faculdade de medicina, os médicos foram traçando um perfil desejável de aluna e posteriormente de mulheres aptas socialmente para partejar. Para tanto, ao longo dos anos as exigências para se entrar no curso foram excludentes, tendo em perspectiva a maioria das mulheres que tradicionalmente partejavam, como expressas na lei de 1832: idade mínima de 16 anos, saber ler e escrever e na de 1854, o mínimo seria de 21 anos, saber o português o Frances e as quatro operações, somado a tudo isso, o pagamento de uma taxa de matrícula de 20\$000 (PIMENTA, 2003). O Curso era essencialmente teórico, através de lições orais e sabatinas. Seu maior contato com o corpo feminino era através de manequins e as lições aprendidas por meio dos manuais e livros (BARRETO, 2008).

Além da Faculdade de Medicina, pela lei de 1832, era permitido o estabelecimento de cursos particulares de ciências médicas, o que facilitava a presença de anúncios desses cursos nos jornais da corte, mesmo a faculdade ainda mantendo o monopólio das expedições de diplomas. Dessa forma, a presença dos anúncios de parteiras nos periódicos da cidade foi uma constante. Cabe destacar que a maior parte das parteiras que lançava mão dessa estratégia para propagar seus serviços, não pertencia às redes de solidariedade locais. Geralmente, eram estrangeiras que a partir dos seus cursos e anúncios tentavam entrar no circuito da parturição na corte. Esse circuito era restrito à atuação das parteiras tradicionalmente conhecidas e que muitas vezes não encaravam a prática enquanto uma profissão, premissa que podemos inferir através dos dados de pedidos de licenças e anúncios em diversos meios. A maioria das parteiras atuantes na corte pertenciam as parteiras tradicionais (BARBOSA, 2016). Durante o período de 1808 a 1828 (período de vigência da fisicatura-mor) das 44 parteiras com nacionalidades definidas 4,5% eram francesas, 50% portuguesas e 45,5% brasileiras. A partir de 1830 houve um aumento considerável da presença de parteiras estrangeiras, principalmente francesas, nos deficientes registros dessa atividade (PIMENTA, 2003). Se observarmos os anúncios provenientes do Almanaque Laemmert, onde embora não se registre a nacionalidade essa informação poderia ser deduzida pelos sobrenomes, de um universo de 90 parteiras anunciantes de 1844 a 1889, a maioria apresentava nomes de origem estrangeira. Em números percentuais foram 56% de parteiras com sobrenomes estrangeiros e 44% com nomes que poderiam ser ou

brasileiros ou portugueses. Desses 56%, pelo menos um terço eram nomes de origem francesa.

Embora o discurso médico de normatização e exclusão de certo perfil de parteiras do circuito “oficial” da prática tenha sido construído ao longo de todo o século XIX, é certo que a posição dos mesmos médicos quanto à presença das parteiras no trato com as enfermas não era um consenso. Um exemplo disso está presente no anúncio do jornal do comércio de 1833 citado por Pimenta (2003), nesse anúncio o Dr. José André Leopoldo Gamard anunciou sua casa de saúde na Rua do Valongo, 38, dedicadas a mulheres pejadas, aos quais eles apontam que seriam assistidas pela Sra. Artaud., Mestre parteira da Universidade de Paris. Assim a autora aponta:

Da mesma forma que não existia uma homogeneidade entre as parteiras, os médicos também divergiam quanto ao modo de se relacionarem com essas. Vários cirurgiões passaram atestados, aceitos pela fisicatura-mor, de que as parteiras em questão eram competentes e tinham muita experiência. Mesmo em décadas posteriores, alguns médicos continuavam a respeitar o trabalho de determinadas parteiras (PIMENTA, 2003, p. 76)

Características semelhantes às relações entre médicos e parteiras na corte são encontradas em Salvador, cidade que sediou junto com o Rio de Janeiro, as primeiras faculdades de medicina do Brasil. Renilda Barreto identificou para o período a coexistência de duas culturas obstétricas: a dos médicos-parteiros que tinham sua formação ancorada nos pilares do ensino acadêmico da faculdade e a das parteiras, que carregavam um ensinamento empírico-tradicional da arte de partejar (BARRETO, 2008). Assim como na corte, o curso de formação de parteiras foi inaugurado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1832, com características próximas, quanto ao currículo básico e as exigências para se entrar no mesmo. Embora a adesão a esse curso na corte tenha sido pequena, na faculdade da Salvador esse número seria ainda menor, sendo diplomada apenas duas parteiras ao longo de todo o século XIX. As razões para a pouca adesão são semelhantes nas duas localidades: o caráter excludente das exigências para se matricular no curso e principalmente, pela maioria das parteiras, enquanto pertencentes às camadas populares enxergarem o parto como um evento social e natural, não sendo o ensino formal algo necessário.

Segundo Barreto (2008) a cultura do nascimento em Salvador continuou restrita ao âmbito doméstico ao longo de todo o século XIX. Embora observemos pressões da medicina acadêmica para a maior fiscalização e desautorização dessas parteiras, na prática elas não sofreram as mesmas pressões do que suas colegas cariocas. O embate entre elas e os médicos se deu muito mais no campo retórico. Um exemplo disso são os poucos pedidos de regulamentação junto à fisicatura-mor até 1828 e à faculdade de medicina após 1832, assim como as matrículas no curso de parturição. O que demonstra que o próprio evento do nascimento na Bahia tinha características que só podem ser inteligíveis se entendermos o contexto sociocultural daquela sociedade. A ausência de espaços específicos destinados à parturição, a parca procura das parteiras pelo aprendizado e regulamentação formal e a pouca intervenção das autoridades reguladoras, reafirmam o caráter doméstico do nascimento e do tratamento das chamadas “moléstias de senhoras”, que vai prevalecer até pelo menos o fim do século XIX e início do XX.

2.3 Boticários e Cirurgiões

Assim como as demais artes de cura estudadas anteriormente, os boticários que desejavam atuar na cidade do Rio de Janeiro, necessitavam de autorização da Fisicatura-mor até pelo menos o ano de sua extinção em 1828. Embora regulamentada pela Fisicatura, os boticários, assim como médicos e cirurgiões, constituíam ofícios mais prestigiados dentro da hierarquia oficial das práticas curativas. Na divisão das funções presentes nas atividades de cura oficiais, observamos de modo resumido que: os médicos prescreviam remédios, os cirurgiões tratavam das moléstias externas e os boticários manipulavam e vendiam medicamentos (PIMENTA, 2003). A partir dessa pequena definição, as principais funções que distinguiam um boticário dos demais agentes de cura ficaram evidentes, sendo elas a sua capacidade de manipular e vender remédios.

De certa forma, as divisões nas artes de curar entre médicos, cirurgiões e boticários, foram fundamentadas na divisão entre artes liberais e mecânicas. Os médicos eram representantes naturais das artes liberais, mais nobres e reconhecidas, enquanto os boticários ficavam responsáveis pelo trabalho manual de preparação dos remédios. Mesmo que perante as artes de cura populares os boticários estivessem em uma posição

mais elevada, comparada à atividade médica, eles exerciam uma atividade auxiliar, similar em importância ao dos cirurgiões (VELLOSO, 2007).

Por sua diferenciação hierárquica frente aos ofícios de cura populares, as autorizações para boticários continuaram existindo, mesmo com o fim da Fisicatura-mor e a passagem de suas atribuições para as câmaras municipais em 1830 (PIMENTA, 1998). A partir das reformas de 1832, coube às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, conceder os diplomas de medicina, farmácia e parto, através dos respectivos cursos oferecidos, monopolizando cada vez mais as atividades da cura e desautorizando os curandeiros populares. Mesmo não expedindo mais licenças, por pressão institucional dos médicos, a partir do ano de 1841 as câmaras municipais passaram a fiscalizar as práticas das artes de cura nos mais variados locais como nas tavernas, boticas e armazéns. Em 1850, com a criação da Junta Central de Higiene Pública, a fiscalização das boticas passou a ser responsabilidade desse órgão, encargo que permaneceu até o final do século XIX.

Importante destacar a composição dos objetos e dos locais de atuação dos boticários, mais um fator de diferenciação entre eles e as outras categorias vinculadas a cura.

(...) residia nos fundos da loja, na sala da frente as drogas eram expostas. Existia outra sala vedada ao público, onde se fazia a manipulação. Na sala de exposição podia-se observar em prateleiras, boiões e potes etiquetados (guetos e pomadas); frascos e jarros (xaropes e soluções de variadas cores); caixinhas com pílulas; balcões, mesinhas e bancos. No quarto da manipulação havia mesas, potes, fracos com simplices medicinais, copos graduados, cálices, botijas, cântaros, funis, facas, bastões, grais alambique, destiladores, cadinho, panelas tenazes, balanças e medidas de peso (o quartilho, o arrátel ou libra, a canada, a onça, a oitava, o escrópulo, o grão).. (VELLOSO ,2016 p. 63)

Os cirurgiões tinham similaridades importantes quanto ao espaço de atuação com os boticários e médicos. Como dito anteriormente, sua prática era considerada menor, pois lidava diretamente com o corpo do paciente. Embora menos prestigiada que a medicina, os cirurgiões eram parte fundamental do corpo institucional da medicina acadêmica oficial. Eram eles os capacitados para fazer as sangrias e as intervenções no corpo do paciente, muitas vezes pela prática dessas atividades eram os que mais se aproximavam dos sangradores. Com o fim da Fisicatura-mor, em 1828, a possibilidade de atuação dos sangradores por dentro da institucionalidade ficou cada vez mais restrita.

Em contrapartida, os cirurgiões se uniram aos médicos, se fortalecendo enquanto grupo profissional, a partir de 1832, com a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em faculdades de medicina (PIMENTA, 1997).

O ensino médico-cirúrgico, instituiu-se no Brasil com a chegada de D. João VI em 1808 e a criação das Escolas de Medicina da Bahia e Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Rio de Janeiro. Na década de 1810, as escolas se transformam em Academias Médico-Cirúrgicas, dando privilégio as aulas no hospital da misericórdia e fornecendo diplomas de cirurgião. Em 1832, através da reforma da lei já citada, as antigas Academias Médicas se transformam em Faculdades de Medicina. O processo de unificação do aprendizado de cirurgia, medicina e preparação de remédios, foi extremamente importante, a ponto de ser uma das características marcantes no processo de institucionalização do ensino médico no Brasil (PIMENTA, 1997).

Foi pela cirurgia que se iniciou o processo de institucionalização do ensino médico no Brasil. Os médicos se formavam no exterior e eram julgados por pessoas que também tinham se formado fora do país. Os boticários aprendiam sua arte com pessoas que já tivessem carta de aprovação pela fisicatura, tendo que apresentar atestados de seus mestres se que haviam praticado a dita arte pelo tempo que manda o regimento, isto é, quatro anos nesse caso, para poder se habilitar a fazer o exame. Os pretendentes a cirurgiões também podiam proceder dessa forma, mas, como foi mencionado, havia cursos de cirurgia nos hospitais Militares desde 1808, pelo menos na Bahia e no Rio de Janeiro (PIMENTA, 1997, p.56-57)

Basicamente, os objetos usados pelos cirurgiões eram muito similares aos usados pelos barbeiros. Baseavam-se em instrumentos de corte, como navalhas e facas e tinham como uma das principais atividades a sangria. A distinção entre as duas categorias se consolidou significativamente no campo do reconhecimento institucional, sendo o cirurgião mais indicado para as intervenções no corpo do paciente, já que detinha formação para tal procedimento.

Assim, nesse tópico, procuramos identificar o perfil dos vários ofícios vinculados à cura e suas relações com a medicina oficial, procurando entender melhor o cenário da cura na Corte. A partir dessas perspectivas, prosseguimos nosso estudo de forma mais detalhada, perseguindo, no terceiro tópico, o entendimento sobre o médico acadêmico.

3 A Carreira Médica

Ao desenvolver a investigação sobre o perfil dos médicos cariocas na segunda metade do século XIX, umas das inúmeras inquietações presentes na pesquisa foi a possibilidade de analisar a composição social dos mesmos. Apontado como um ofício das elites imperiais (COELHO, 1999), o fato de o médico ser doutor em medicina o permitia gozar de algum prestígio na sociedade brasileira oitocentista. Uma das hipóteses a serem levantadas foi a possibilidade de deslocamento entre o prestígio de doutorar-se em medicina e a efetiva prática médica. Qual era de fato a importância de se praticar a medicina para gozar do prestígio fornecido pelo título de doutor? Mas antes de doutorar-se, o médico oitocentista tinha que passar por algumas etapas na sua própria formação e construção da sua carreira.

Decerto a década de 1830 foi significativa para a construção dos pilares do que seriam as elites médicas imperiais. A partir dessa década observamos o surgimento de duas instituições importantes no cenário da construção dessas elites: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1832, e, posteriormente, a fundação da Academia Imperial de Medicina em 1835.¹² Embora o papel da Academia Imperial de Medicina, na consolidação de uma elite médica seja questionável (EDLER, 1992), de fato no momento da criação dessas instituições reuniram-se, sob controle das autoridades imperiais, professores da extinta Academia Médico-Cirúrgica e cirurgiões da Santa Casa de Misericórdia e dos Hospitais Militares - o que seria a conformação de uma elite médica que tentaria estabelecer sua autoridade como tal (FERREIRA, 1994). Entendemos que o estudo dessa primeira elite, nos ajudará a perceber os aspectos mais amplos da formação e constituição da carreira médica. Nesse ponto, chamamos atenção para a trajetória dos médicos que compunham as elites formadas na década de 1830. Embora o foco principal da nossa pesquisa não seja as elites médicas, temos plena consciência de que precisamos entender quem eram essas elites para melhor debatermos os limites e abrangências de seus projetos profissionais, assim como suas trajetórias cotidianas no exercício da profissão.

Ferreira (1994) em seu artigo “João Vicente Torres Homem: Descrição da Carreira Médica no século XIX” fornece uma importante análise da construção dessa primeira elite. Ao estudar a trajetória da primeira geração de catedráticos da Faculdade

¹²Antes mesmo da década de 1930, apontamos o surgimento da sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada no ano de 1929.

de Medicina do Rio de Janeiro, entre as décadas de 1830 até 1860, o autor fornece a possibilidade de conseguirmos obter um conhecimento padrão da carreira médica em relação à formação intelectual, trajetória profissional e produção do conhecimento. Abordaremos os dados levantados por Ferreira (1994), como uma possibilidade de análise da elite médica, um tipo de olhar específico mediante outras possibilidades de pesquisa.

No tocante à sua formação, os primeiros catedráticos da Faculdade de Medicina estudaram ou na Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro ou na Faculdade de Medicina de Paris, com destaque para essa última. Como consequência, essa primeira elite médica apresentou uma formação extremamente influenciada pela medicina clínica francesa (FERREIRA, 1994).

Quanto à trajetória profissional, nosso principal objeto de estudo, a maioria dos professores exerceu outras atividades que não só o magistério e a clínica privada, destacando-se atividades como: cirurgiões de hospitais, presidência de associações científicas e direções de órgãos públicos voltados para a saúde, como Academia Médico-Cirúrgica e a Junta Central de Higiene Pública. Sendo assim, a divisão dos postos institucionais para a primeira elite foram: três chefes de enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, um cirurgião- mor da Polícia da corte, um cirurgião mor do Hospital Real Militar, um diretor da Academia de Belas Artes, um diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um diretor da Junta Central de Higiene Pública, um diretor da Comissão Científica, um diretor do Hospital Central da Marinha, um diretor geral de Saúde do Exército, oito médicos da Imperial Câmara, um médico do Hospital Central da Marinha e um presidente da Academia Imperial de Medicina. (FERREIRA, 1994, p. 64)

Embora afastados do trato cotidiano com os doentes, os médicos da primeira elite que assumiram cargos de direção em importantes instituições de saúde ainda estavam inseridos no cotidiano do debate médico. Quando analisamos os médicos que exerciam cargos políticos, observamos um afastamento importante dos mesmos na constituição da carreira médica e da própria defesa dos princípios institucionais da medicina. Entendemos que por ser a medicina uma das “profissões imperiais” (COELHO, 1999), parte da intelectualidade das classes médias urbanas recorria a uma formação médica como possibilidade de acesso a cargos públicos ou mesmo a postos de destaque dentro da sociedade da corte. Os postos políticos foram divididos da seguinte

forma: sete foram conselheiros do império, quatro deputados gerais, dois deputados provinciais, um presidente de província e um senador, ou seja, o equivalente a 64% dos catedráticos ocupavam postos importantes na carreira política do Império (FERREIRA, 1994).

Último tópico abordado por Ferreira (1994) em sua análise quantitativa refere-se à produção intelectual dessa elite médica. Nesse ponto não trabalhamos com o debate sobre o conceito de produção científica para o período histórico. Cabe assim ressaltar que o autor dialoga com uma historiografia do período que apontava o nascimento da produção científica médica no Brasil somente a partir da criação do Instituto de Manguinhos (STEPAN, 1976). Entendendo produção científica com um caráter mais complexo e abrangente, Ferreira (1994) lista uma série de materiais publicados pela primeira elite médica e que se enquadravam no conceito de produção científica, são eles: quarenta e quatro memórias, nove teses de concurso, dezenove relatórios técnicos científicos, quinze discursos, seis livros, quatorze extratos de lições e oito casos clínicos. Nessa listagem não se incluiu as produções nos periódicos médicos, esses sim principais vetores de produção, discussão e divulgação das pesquisas médicas, encarado como a principal instituição de produção e coesão das elites (FERREIRA, 1996).

Decerto, por todo o período estudado nesse trabalho, as elites médicas disputaram no espaço de atuação da corte a consolidação enquanto representantes da medicina oficial. Importante destacar que, ao falarmos de disputas, entendemos que durante todo o século XIX, a medicina acadêmica nunca encontrou unanimidade enquanto projeto corporativo, nem entre a população, nem entre seus pares. Edler (2014) elencou alguns fatores que dificultavam a conquista do monopólio da cura pelos representantes da medicina acadêmica.

Assim, a incorporação dos diferentes paradigmas próprios a cada disciplina médica e a consolidação dos programas de pesquisa reivindicados pelas elites médicas dependeram de dois fatores: de sua capacidade política em convencer a coroa - isto é, o núcleo dirigente de Estado Imperial- sobre a relevância das reformas institucionais e dos consenso e dissensos entre os próprios médicos em torno dos fundamentos teóricos de seu saber e de seus compromissos não científicos (EDLER, 2014, p. 24 e 25)

As condições elencadas só foram consolidadas ao longo da segunda metade do século XIX. Embora com pretensões de monopolizar o direito ao exercício de cura

oficial, a elite médica acadêmica estava distante de formalizar tal objetivo. Nesse ponto, embora observemos em relatos da época, conflitos diários entre a medicina acadêmica e as artes de curar, esses não constituíam as únicas (e talvez nem as mais numerosas) relações que ambas traçavam entre si (PIMENTA, 2003, p.94-95). Embora em determinados momentos históricos as artes de cura populares¹³ tenham variado seu status de legalidade, a convivência por vezes harmônica entre as várias ofertas de cura, foi uma constante ao longo de todo o século XIX. Para tal análise não podemos entender os representantes da elite médica como as únicas vozes da medicina acadêmica, embora sejam as mais aguerridas na denúncia contra os não acadêmicos. Como citado anteriormente, os médicos foram uma categoria socioprofissional diversa, embora compartilhassem de certas características, não podemos entender esse grupo como monolítico. Uma das hipóteses que testamos nesse trabalho, foi a possibilidade de compreender o processo de institucionalização da medicina e suas relações com as outras práticas de curas, através da maioria "silenciosa" de médicos que não fazia parte dos círculos acadêmicos. Esses que chamamos de 'ordinários', que seriam em maior número e teriam mais acesso à população em geral.

O termo médicos ordinários pode ser encontrado no estudo de Olivier Faure, denominado "O olhar dos médicos", no livro "A História do corpo vol 2". Embora o autor apresente esse termo, não desenvolve o mesmo enquanto um conceito, forma com que trabalharemos. Nele, o autor distingue os médicos dos médicos ordinários através da dicotomia entre o médico que atuava no hospital, principalmente ligados à pesquisa anatômica, e o médico da clínica prática, que estaria "submetido à pressão da clientela e motivado pela necessidade de agir" (FAURE, 2009, p.21). Embora o autor enumere uma importante distinção que trabalharemos ao conceituar o médico ordinário, entendemos que, no caso específico do Rio de Janeiro no século XIX, essa classificação é mais complexa. Observamos que na corte a maioria dos médicos que atuava nos hospitais também praticava a clínica médica em consultórios espalhados pela cidade, o que demonstrou a necessidade de termos um olhar mais cuidadoso ao aplicar esse termo no contexto que estudamos.

¹³ Nos referimos a arte de cura populares através da definição de Pimenta (2003) sobre o termo: " Enquanto 'medicina' está associada à medicina oficial e acadêmica, ' artes e ofícios de curar' refere-se a um rol mais amplo abrangendo pessoas sem formação acadêmica, não inseridas no mundo oficial do exercício da cura. "(PIMENTA, 2003, p. 4).

Nesse ponto, podemos debater uma variável importante a ser considerada no processo de institucionalização da medicina acadêmica: a questão da relação com os enfermos. No período, as terapêuticas da medicina acadêmica eram próximas das terapêuticas aplicadas pelos outros agentes de cura e, por vezes, com os mesmos resultados (SAMPAIO, 2001). Como exemplo, podemos citar a prática da sangria debatida anteriormente. A escolha da terapêutica pelo enfermo passava, necessariamente, por uma análise de prós e contras dentro das várias possibilidades. Enquanto força de argumento e discurso, parte da elite médica imputava a escolha da população por curandeiros populares à simples falta de oferta de médicos acadêmicos nas localidades. "O discurso oficial pretendia que os terapeutas não oficializados fossem procurados apenas porque não haveria médicos e cirurgiões em número suficiente e porque esses cobrariam mais caro. Dessa forma, os primeiros seriam 'tolerados' pela burocracia.". No entanto, as relações eram muito mais complexas e influenciadas por múltiplos fatores e não apenas pela carência ou não de médicos nas localidades. Muitas vezes a população identificava-se mais com os curandeiros, que também eram negros e da mesma origem social, do que com médicos brancos e de origem social distinta. Nesse tocante, observamos os mais variados relatos, como os de Thereza Joana do Espírito Santo e Quitéria Maria de Santa Ana que atestaram a capacidade do curandeiro de Inhaúma, de nome Bento Joaquim, de curar moléstias, o que os médicos e professores da corte haviam sido incapazes de fazer (PIMENTA, 2003, p. 13-19).

Portanto, quando debatemos a constituição da medicina acadêmica enquanto corporação, observamos conflitos e interações entre os vários praticantes da cura, os enfermos e os próprios médicos acadêmicos. A história da construção do amálgama que estabeleceu a identidade da medicina acadêmica foi um processo também do século XIX. Debater como as instituições ligadas à regulamentação e conformação do campo oficial da cura se consolidaram é importante, embora não seja o foco do presente trabalho. A partir do conhecimento de como essas instituições foram constituídas e como as elites médicas acadêmicas atuavam em seu interior, podemos entender a atuação dos médicos "ordinários" no cotidiano da cidade. Esse processo começou ainda nas primeiras décadas do século XIX, com a vinda das instituições portuguesas, como a Fisicatura-mor, junto à família real em 1808.

3.1 Instituições

Embora, ao longo do capítulo, já tenhamos nos referido a algumas das instituições descritas no presente subtópico, entendemos a importância ímpar de analisar o desenvolvimento dessas instituições ligadas à medicina ao longo do século XIX. Por esse motivo, detalharemos a seguir como a evolução desses estabelecimentos influenciaram a formação socioprofissional da medicina acadêmica.

A Fisicatura-mor foi um órgão que avaliava e fornecia licença para os indivíduos que desejassem praticar qualquer atividade vinculada ao exercício da cura. Esse órgão foi responsável por fiscalizar as atividades de cura e aprovar os seus praticantes. (PIMENTA, 2003). Com o fim da Fisicatura-mor, no ano de 1828, a possibilidade de autorização fornecida curandeiros populares ficou prejudicada, competindo, a partir de então, à câmara municipal fornecer a devida licença para tal prática. Não existia, assim, um órgão competente para emissão de autorização para as práticas curativas direcionada aos que não obtiveram uma educação formal acadêmica no campo. Entre 1828 e 1832, houve um vácuo de autoridade para a liberação dos ofícios ligados a cura. A câmara municipal dizia que não competia a ela dar os atestados para as múltiplas artes de cura, supondo inclusive que a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829, teria o papel de examinar os terapeutas. Está também se esquivava desta obrigação alegando que não competia a ela atestar a capacidade dos terapeutas (PIMENTA, 2003).

A partir do ano de 1832, quando as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador, passaram a ser Faculdades de Medicina, esses órgãos ficaram com a competência de expedir os títulos de doutor em medicina, de farmácia e de parteira, excluindo categorias como sangradores e curandeiros da legalização de suas atividades (PIMENTA, 2003). Esse processo expressou, por dentro dos órgãos e institutos do Estado Imperial, uma crescente organização da corporação médica e a luta desta categoria pelo monopólio da cura, mesmo com todas as suas contradições, conflitos e falta de consenso interno.

Nos anos que se seguiram, a situação de regulamentação dos praticantes populares de cura foi ficando cada vez mais nebulosa e sem lugar dentro das práticas de cura regulamentadas pelo Estado imperial brasileiro. Mesmo com esta dificuldade, a grande tolerância às práticas populares era observada pela quantidade de anúncios de remédios e pessoas oferecendo seus serviços de cura que circulavam na imprensa carioca. Por ocasião destes anúncios, nas décadas de 1830 e 40, o Ministério do Império

pediu à Câmara Municipal mais eficiência na tarefa de restringir estas práticas ilegais. Em resposta, a Câmara alegava que já vinha fazendo o seu papel de auxiliar o trabalho dos fiscais e juizes de paz elaborando listas com nomes dos terapeutas que possuíam registros. De fato, a Câmara se ocupava com outras tantas tarefas que acabava deslocando a fiscalização dos agentes de cura para segundo plano. Da década de 1830 até a criação da Junta Central de Higiene Pública, houve um vazio de poder de fiscalização aos curandeiros populares, embora desde o fim da Fisicatura-mor eles viessem perdendo espaço de atuação legalizada. Desse período até a epidemia de febre amarela da década 1850, a ação da Câmara Municipal restringiu-se à elaboração de listas com os nomes dos terapeutas e seus respectivos endereços para facilitar, assim, as ações dos fiscais das freguesias. É importante notar que as próprias ações fiscalizadoras referentes ao Ministério do Império ou a vereadores da Câmara, eram consequência de pedidos da Academia Imperial de Medicina ou de vereadores que eram médicos e atentavam mais especificamente para as questões da saúde (PIMENTA, 2003). Foi o caso do ofício que a Sociedade de Medicina mandou ao Ministro do Estado do Império no ano de 1832, solicitando que intervisse junto as autoridades para fazer cumprir as leis referentes aos barbeiros, pois

serem franca, e impunemente exercidas estas profissões não só por homens livres, ainda que ignorantes, e sem princípios, como também por escravos ainda boçais, por comissão de seus Senhores, dando assim lugar a inconvenientes bem desagradáveis, e mui tristes, que se tem feito reparável nestes últimos tempos, sem que por ora tenha havido exemplo algum de punição contra os infratores das Leis que existem (apud, PIMENTA, 2003. p. 85)

O ano de 1850, abrangeu algumas transformações importantes no tema da institucionalização médica e controle sobre as artes de cura, ocasionado pela criação da Junta Central de Higiene Pública. Embora não fosse, inicialmente, papel da Junta a autorização e fiscalização das atividades de cura, a partir do surgimento deste órgão, obtivemos o primeiro esforço de fiscalização das atividades de cura de forma centralizada desde a Fisicatura-mor.

Os debates em torno da criação de um órgão que se responsabilizasse pela fiscalização da saúde pública remetem à década de 1840, quando o então deputado e médico Cruz Jobim submeteu um projeto de lei para a criação de um conselho de salubridade. No entanto, este foi rechaçado pelos deputados que não viam nessa

proposta um tema relevante, já que pela lei de 1828, essa designação já era incumbida pelas Câmaras Municipais (DELAMARQUE, 2011)

A questão da criação de um órgão específico encarregado da saúde pública, só tomou relevância frente aos acontecimentos em decorrência da epidemia de febre amarela que surgiu na cidade do Rio de Janeiro no verão de 1849/50. Por essa ocasião, foi instituída uma comissão Central de Saúde Pública, órgão que seria o ponto de partida para, posteriormente, se criar a Junta Central de Higiene Pública. Dentro da estrutura foram estabelecidos, a partir de fevereiro de 1850, comissões compostas por subdelegados, fiscais e médicos com o objetivo de cumprir as leis referentes à saúde pública e parar o avanço da epidemia (DELAMARQUE, 2011).

Após cinco sessões, a Câmara aprovou o projeto em setembro de 1850, sem modificações. Embora a Junta ficasse encarregada de fiscalizar remédios, alimentos e outras incumbências de ordem sanitária, dois pontos desagradaram principalmente aos médicos: o seu caráter apenas consultivo, sem força de impor suas determinações e a falta de um projeto que regularizasse o exercício profissional da medicina, que de acordo com Cruz Jobim era indispensável. Nesse ponto é importante observar que mesmo depois da criação da Junta Central de Higiene Pública, a regulamentação profissional ainda continuava sendo um tópico obscuro, pois não havia nesse órgão a preocupação com tal tarefa, como por exemplo acontecia na extinta Fisicatura-mor.

Da criação da Junta até o ano de sua extinção em 1885, a tarefa de fiscalização do exercício das artes de curar, ficou a cargo desse órgão após a aprovação do seu estatuto em 1851. Além da Junta, as Câmaras Municipais também mantiveram a incumbência de realizarem ações de polícia sanitária. Os dois órgãos continuaram com dificuldades em executar tal tarefa. Embora essa nova tarefa também coubesse a Junta, só a partir da presidência de Pereira Rego (1864-1883), a fiscalização dos ofícios de cura ganhou devida importância (DELAMARQUE, 2011). Muito embora houvesse essa importância, a fiscalização continuou precária, ora por falta de pessoal, ora por reconhecimento da população da legitimidade dos mais variados agentes de cura que exerciam sua prática na cidade. Desse modo, traçamos um quadro do processo de desautorização oficial das práticas de cura populares desde o fim da Fisicatura-Mor.

Observamos que ao longo de todo o século XIX as artes de cura populares sofreram um processo de desqualificação frente à progressiva organização da corporação médica. É importante ressaltar que esse processo foi lento e gradual, cheio

de percalços, no qual os próprios médicos disputavam entre si a soberania das melhores teorias sobre doença e saúde. Para além das disputas entre os médicos, os terapeutas populares, como os sangradores, continuavam atuando na cidade do Rio de Janeiro, tendo como parâmetro de eficiência a aceitação dos seus serviços por seus clientes. A partir da trajetória das instituições que regulamentavam a cura, podemos seguir para a investigação mais específica dos personagens desse estudo: os médicos que atuavam na corte.

Ao procurar traçar o perfil do médico que atuava na corte ao longo do período estudado. De posse das informações coletadas no Almanaque Laemmert, sistematizamos mais de nove mil anúncios de médicos entre os anos de 1844 e 1889. Através do nome dos médicos presentes nos anúncios, conseguimos identificar e analisar processos jurídicos de oitenta e dois médicos que nos forneceram a base empírica para a pesquisa referente ao cotidiano desse ofício. A partir desse conjunto documental, analisamos as divisões socioprofissionais do médico que atuava na corte e conceituamos melhor o que entendemos por médicos "ordinários", atentando para questões como nacionalidade, rendimentos, relação com a escravidão etc.

3.2 Médicos Ordinários

Joaquim Cristovão dos Santos¹⁴ anunciou seus serviços médicos no Almanaque Laemmert entre os anos de 1859 até 1872. Ao todo foram 13 anos de anúncios do seu consultório na Rua do Lavradio número 53. A partir de 1864 o médico atuou também no principal hospital da corte na época, o da Misericórdia. A vida de Joaquim sofreu um revés a partir do momento que precisa deixou seu cargo médico na Santa Casa, como relatou sua esposa.

É certo que o meu finado marido era um médico distinto, mas todos sabem que não tinha clínica sua, tendo sido diretor do hospital da misericórdia e residido no estabelecimento, até o momento que se casou. Morava na casa de sua mãe, ficando tempos antes de obter sua demissão daquele emprego. Suas mobílias eram emprestadas, não tendo nada em nosso pertencimento... (Joaquim Cristovão dos Santos, caixa 1747, número 87, fl 5).

¹⁴Joaquim Cristovão dos Santos, caixa 1747, número 87.

Devido à demissão no Hospital da Misericórdia, foi residir no Caju, em casa alugada e com móveis que pertenciam a sua mãe. Já no Caju, foi afetado por uma enfermidade da qual veio a falecer depois de 5 meses. A partir do momento em que foi acometido pela doença e com a demissão do serviço no Hospital da Misericórdia, o médico conseguiu um trabalho de bibliotecário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao qual lhe rendia em torno de 36\$000, o que segundo a esposa mal dava para pagar as despesas de casa.

O relato descrito acima do médico Joaquim Cristovão dos Santos nos mostrou a trajetória de um médico com certo prestígio e que, por uma questão de saúde, viu-se em dificuldades financeiras no final da sua vida. Ao tentarmos conceituar o que seriam os médicos ordinários, cabe destacar esse caso. Embora o médico certamente pertencesse a uma elite acadêmica, com cargo inclusive na Misericórdia, isso não impediu que o mesmo passasse dificuldade ao final da sua vida. Essa trajetória nos chama atenção para o quanto as posições hierárquicas dos médicos poderiam ser frágeis no período de consolidação da medicina acadêmica. Por esse motivo, quando debatemos o conceito de médicos ordinários, partimos do pressuposto que não estamos lidando com categorias fixas ou herméticas. Essas classificações são fluidas e, dependendo da trajetória do médico, elas podem se mover. Voltando ao caso específico descrito acima, cabe ressaltar que mesmo o médico gozando de certo prestígio, ao ponto de se estabelecer no hospital da Misericórdia, não poderia abrir mão da clínica médica particular. A partir do momento em que o mesmo ficou impossibilitado de clinicar, sua condição de renda se deteriorou bastante. Através dessa constatação, entendemos que não poderíamos utilizar o trabalho na clínica médica como fator de diferenciação entre a elite médica e os médicos ordinários. Consideramos que todos em maior ou menor grau, necessitavam, em certa medida, da clínica médica para obter seus rendimentos. Ser da elite médica, não isentava os médicos da prática médica em consultórios e clínicas particulares. Pois bem, então o que podemos entender como diferencial para entre os perfis dos médicos da elite acadêmica e dos médicos acadêmicos ordinários?

O primeiro fator relevante foi o pertencimento a alguma instituição da elite médica na corte, dentre elas podemos destacar: Academia Imperial de Medicina, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Nos parece óbvio que os médicos que pertenciam a essas instituições, com cargos de

professores ou conselheiros, se expressavam resguardados pela postura institucional. Suas falas e ações refletiam os posicionamentos corporativos dessas instituições. Consideramos, que mesmo com as várias disputas na corporação médica, os médicos pertencentes a essas instituições estavam no papel de formuladores desse debate. Como protagonistas das disputas corporativas, diferenciavam-se da maioria dos médicos que atuavam na cidade. Embora, certamente, os médicos ordinários disputassem posições e narrativas, principalmente perante o doente, seu discurso era menos relevante perante as organizações institucionais da medicina acadêmica. Sobre esses argumentos, pertencer a um órgão da medicina oficial foi um fator de diferenciação entre a elite médica e os médicos ordinários. Dentre os 82 médicos analisado nesse trabalho, 48 não tinham cargos nas instituições da elite médica. Entendemos que esse número certamente não representa um quadro fidedigno da proporção existente entre médicos ordinários e médicos acadêmicos atuantes na corte, antes, é um reflexo da maior facilidade de encontrarmos os documentos dos representantes da elite médica.

O fato de não pertencer a uma instituição médica, embora importante, não foi determinante por si só para nossa classificação. Observamos essa questão no caso do dr. Antonio José Heitor Chomet¹⁵, embora membro da Academia Imperial de Medicina, em sua documentação, notamos algumas outras características que podemos apontar como pertencentes aos médicos ordinários, como a exclusividade dos seus rendimentos proverem das suas consultas. Embora a questão financeira, não seja condição determinante para classificação dos médicos, o fato de necessitar das consultas para sua sobrevivência nos parece um fator relevante.

Ao longo da pesquisa, nos deparamos com três tipos diferentes de características dos médicos em relação aos seus rendimentos. No primeiro caso, médicos diplomados que não exerciam a medicina eram de famílias abastadas e não precisavam do dinheiro das consultas. No segundo caso, encontramos médicos que, embora praticassem a medicina e cobrassem por isso, não tinham as consultas como única ou mesmo principal fonte de renda. Nesse segmento enquadramos a maioria dos médicos da elite médica. Tinham rendimentos provenientes de outras atividades, muitas vezes vinculadas a instituições médicas, mas continuavam com suas consultas. O terceiro caso, o qual nos

¹⁵Antonio José Heitor Chomet, caixa 1340, número 157

interessa mais, referiu-se aos médicos que tinham apenas suas consultas para se sustentarem e manterem suas famílias. Esses constituíram a maioria dos analisados.

Pois bem, se juntarmos o fato de não pertencerem a nenhuma instituição médica e viverem exclusivamente de suas consultas, delimitamos dois pré-requisitos para nossa classificação de médicos ordinários. Aliado a esses dois fatores, consideremos como determinante a faixa dos rendimentos e de bens, questão que será analisada no próximo capítulo, procurando investigar o quanto isso os diferenciava dos médicos da elite acadêmica. Também analisaremos as características do mercado de cura inserido no mercado da cidade e, a partir dessa análise, podemos observar como os médicos e, particularmente, os médicos ordinários dependiam de suas consultas para sua subsistência.

Conseguimos assim delimitar os três aspectos que juntos nos forneceram a possibilidade de classificação do médico na categoria de ordinário: não ser membro de nenhuma instituição da elite médica; depender exclusivamente de suas consultas para se manter; e seus bens estarem inseridos em uma determinada faixa de renda vinculada a sua atividade na clínica médica. Além disso, observamos também outras duas características referentes aos médicos ordinários que foram investigadas ao longo do trabalho.

A partir do que entendemos como aspectos principais que distinguem a elite médica dos médicos ordinários, traçamos as características presentes nesses dois grupos. Algumas são comuns, outras diferenciam a elite médica de médicos ordinários. De posse das informações provenientes dos anúncios trabalhados a partir do Almanaque Laemmert e da documentação cartorial dos 82 médicos, pretendemos delinear o perfil socioprofissional médico de forma mais abrangente, contemplando informações como: nacionalidade, objetos relacionados à prática médica e relação com a escravidão, tópicos analisados a seguir.

3.3 Nacionalidade

Ao investigar as várias nacionalidades de médicos que atuavam na corte, entendemos que essa característica não foi um fator de distinção essencial entre médicos da elite e médicos ordinários. Defendemos a suposição de que os médicos estrangeiros, dependendo das redes sociais que eram inseridos ao chegar no Brasil, poderiam pertencer ou a elite médica ou aos médicos ordinários. Cabe aqui destacar a importância

dessas redes, que poderiam tornar o acesso desses médicos ao competitivo mercado de cura carioca, facilitado.

Do total de 82 médicos cujos registros foram localizados no Arquivo Nacional¹⁶, as nacionalidades se dividiram da seguinte forma: 65 brasileiros (19 do Rio de Janeiro, 3 de Minas Gerais, 6 da Bahia e 2 do Rio Grande do Sul), 3 franceses, 1 português. Quando cruzamos os dados referentes às nacionalidades médicas com os quatro critérios que definimos enquanto delimitadores da categoria de médicos ordinários, o resultado foi que 37 dos 65 brasileiros, além dos 4 estrangeiros, poderiam ser classificados como médicos ordinários. Mesmo sabendo da maior possibilidade de encontrarmos em registros cartoriais a presença da elite médica, o montante de 37 médicos ordinários nos parece bem significativo. O que nos chamou a atenção nesse tópico foi a disputa pelo espaço legal da cura entre os médicos estrangeiros e os locais. Ao nosso ver, essas deslegitimações que os estrangeiros que não tinham acesso às redes de sociabilidade locais sofriam, os aproximavam da situação vivida pelos curandeiros populares no que tange à tentativa de colocá-los fora do mercado de cura.

Ao analisar especificamente o caso de 3 médicos franceses, observamos que 2 desses casos se referiam a questionamentos da possibilidade de que atuassem no mercado de cura na cidade do Rio de Janeiro. Os exemplos são do dr. Lacaille, que trabalharemos no próximo capítulo, e da ação do dr. Jogand contra o editor do *Jornal do Comercio*. Na edição referida abaixo, o editor do *Jornal*, publicou um anúncio anônimo assinado pelo autor intitulado “inimigo dos charlatões”, acusando o dr. Jogand de praticar medicina de forma ilegal desde o ano de 1847. Segundo a denúncia, o médico era formado na França e não teria autorização para praticar a medicina no Brasil.

Informando de que o actual fiscal do sacramento é zeloso no cumprimento de seus deveres, ousamos recomendar-lhe a execução dos artigos 10 e 11, tit, 2º, secção 1º das posturas Illma. camara municipal, nos quais se fulminou penas contra aqueles, que sem mostrarem habilitados nas academias de medicina do império, e sem que seus títulos se hem registrados nas respectivas câmaras municipais, exercem a arte da medicina em contravenção porém a legislação acima citada. Diversos indivíduos curam nessa cidade sem que jamais alguém os incomode para saber quais as suas habilitações: no número desses é o estrangeiro Antonio Jogand, morador da rua do cano n. 125; o qual não só cura francamente, como se tem feito

¹⁶Números referentes aos arquivos médicos analisados no Arquivo Nacional entre os anos de 1844 e 1889

anunciar como médico em pomposos anúncios. Infrações desse gênero a diversas, e nós tomaremos o trabalho de seguir publicando, a ver se conseguimos que as autoridades a quem compete fazê-lo despertam do letargo em que parecem abismados; quando porem o fiscal a quem agora recorro não seja solícito à nossa recomendação, voltaremos à matéria com mais alguma minuciosidade.
O inimigo dos Charlatães¹⁷

Nesse exemplo observamos uma interessante chave analítica relacionada aos médicos estrangeiros quando abordamos as disputas pelo mercado médico na corte. É certo que os debates sobre a possibilidade de atuação dos vários ofícios de cura na cidade do Rio de Janeiro, estiveram presentes por todo o século XIX, embora tenham se intensificado na segunda metade do século. Com o advento da chegada de D. João VI e o estabelecimento da Fisicatura-mor no Brasil em 1808, os vários praticantes de cura poderiam obter autorização para sua prática. Ao longo do tempo, com maior organização da medicina acadêmica, essas possibilidades ficaram cada vez mais restritas. Com a extinção da Fisicatura-mor em 1828 e a transferência de suas atribuições para as câmaras municipais, a regulamentação passou a ser mais restrita para os praticantes populares de cura (PIMENTA, 2003).

A partir da criação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador em 1832, as próprias faculdades ficaram incumbidas de expedir os diplomas em doutor em medicina. Já os diplomas de estrangeiros, dependiam da validação perante as câmaras municipais para o exercício da medicina no Império. Esse status só mudaria a partir de fevereiro de 1850 com a criação da Junta de Higiene Pública, comissão compostas por subdelegados, fiscais e médicos com o objetivo de cumprir as leis referentes à saúde pública (DELAMARQUE, 2011). Segundo a lei da regulamentação da Junta, datado de setembro de 1851, ela estaria encarregada de fiscalizar remédios, alimentos e outras incumbências de ordem sanitária, dois pontos desagradaram principalmente aos médicos: o seu caráter apenas consultivo, sem força para impor suas determinações e a falta de um projeto que regularizasse o exercício profissional da medicina, que de acordo com a corporação, era indispensável (DELAMARQUE, 2011). Nesse ponto é importante observar que mesmo depois da criação da Junta Central de Higiene Pública, a regulamentação profissional ainda continuava sendo um tópico

¹⁷Antonio Jogand, caixa 1326, número 646, fl 3.

obsuro, pois não havia nesse órgão a preocupação com tal tarefa, como acontecia na extinta Fisicatura-Mor.

Através da documentação governamental, conseguimos poucas informações dos conflitos referentes ao dia-a-dia das artes de cura na cidade. Ao recorrermos aos arquivos judiciais, obtemos uma boa janela de possibilidade para o melhor exame dos casos e das tensões nesse período de formação da corporação médica (EDLER, 1992). Assim como o caso exposto do dr. Jogand, conseguimos verificar um debate extenso em sua documentação em relação ao direito de exercer a medicina na corte. Embora não fosse objetivo principal da falta de regulamentação suprimir a possibilidade de estrangeiros de atuarem no mercado de cura da corte, o que observamos aponta para a utilização dessa lacuna em prol dos interesses dos médicos brasileiros.

3.4 Objetos da clínica médica

Uma das propostas desse trabalho diz respeito à investigação, detalhamento e reconstrução do dia a dia de um médico ordinário. Quando nos remetemos ao cotidiano, temos em mente suas consultas, relações com doentes e praticantes de cura em geral. Além disso, destacamos a importância de entender como eram seus consultórios, que instrumentos usavam, quais localidades estavam presentes na cidade, o que liam, dentre outras informações. Decerto esses temas estão presentes ao longo dessa tese, alguns inclusive com capítulos inteiros dedicados (caso do mercado médico e da localização geográfica dos consultórios). Nossa proposta nesse tópico é entendermos a composição dos consultórios médicos e as possíveis práticas curativas realizadas em seu interior.

Inicialmente atentamos para possíveis diferenças entre objetos pertencentes aos consultórios da elite médica e aqueles dos médicos ordinários analisados, mas ao mapear os dois tipos de consultórios, não observamos uma diferenciação significativa entre um e outro. Por esse motivo, optamos por abordar o consultório médico sem diferenciá-lo por pertencimento ou a elite médica ou aos médicos ordinários. Essa constatação nos apontou uma característica importante: ao não identificarmos objetos que diferenciavam um consultório de outro, entendemos que os mesmos eram próximos em suas práticas e métodos curativos. Por esse motivo, também não utilizamos esse tipo de diferenciação como um fator predominante para categorizarmos os médicos ordinários.

Em sua prática cotidiana, os médicos que exerciam a clínica, sendo da elite ou ordinários, dispunham de alguns mobiliários de utilidade comum. Através dos inventários analisados, conseguimos identificar esses objetos. No inventário do dr. José Leonardo de Azevedo, datado do ano de 1863, encontramos a descrição dos itens que pertenciam aos seus dois consultórios: “escrivadinha de latão, cadeiras, ditas, sofá, mesa redonda, aparador, cômodas, um banco, um candelabro, mangas de vidro, maqueira, louça e um relógio”.¹⁸Os mesmos itens se repetiram em uma série de inventários. Na sua maioria, os consultórios médicos não variavam a composição interna, geralmente, contendo móveis encontrados nas casas da corte no século XIX. A diferenciação, quando aparecia, dizia respeito à presença de uma maqueira para uso dos pacientes e ou de instrumentos médicos. Ao compararmos os objetos pertencentes aos consultórios médicos com objetos presentes em outros locais de cura, como por exemplo as barbearias, observamos uma grande similaridade¹⁹.

Talvez os livros de medicina sejam o grande diferencial entre os objetos presentes no material dos médicos e os dos praticantes da cura popular. Em nossa pesquisa, encontramos vários inventários e testamentos com a presença de livros de medicina, mas em apenas um caso houve o detalhamento desses livros. Vamos a esse caso.

No inventário de Francisco Júlio Xavier, médico da elite médica e professor de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na década de 1850, encontramos um total de cento e quatorze livros avaliados em trezentos e oitenta e sete mil reis. Dos cento e quatorze livros, conseguimos identificar de forma clara, vinte e quatro volumes, em sua maioria de autores franceses. Segue a relação dos livros identificados abaixo.

Quadro 1: Relação de Livros da Biblioteca do Dr. Francisco Júlio Xavier

| Relação de Livros da Biblioteca do Dr. Francisco Julio Xavier em 1851 | |
|--|-----------------------|
| Andrail | Clinica médica vol 4 |
| Barbier | Materia médica vol3 |
| Bichat | Anatomia vol6 |
| Bordeu | [...]/vol2 |
| Bosquiton | Medicina pratica vol3 |

¹⁸José Leonardo de Azevedo, cx 1041, n 48, fl 4.

¹⁹ DANTAS, Rodrigo Aragão. Barbeiros-sangradores: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz: Casa de Oswaldo Cruz, 2013.

| | |
|--------------|--|
| Bover | [...]vol6 |
| Broussais | Pharmacia vol3 |
| Broussais | Phisiologiavol 2 |
| Capuron | [...]vol2 |
| Cloquet | Anatomia vol2 |
| Demouns | [...] |
| [...] | Dicionario de ciencia médica vol 50 |
| [...] | Dicionario de cirurgia francesa vol 12 |
| Duchatelet | [...]vol2 |
| Gindrin | Inflamations vol2 |
| hipocrates | [...]vol2 |
| Mirabeau | [...]vol8 |
| Morelot | Pharmacia vol3 |
| orfila | Toxicologia geral vol 2 |
| pinel | Nosografiavol 4 |
| [...] | Pratica d' acouchemens |
| [...] | Tratado de pharmaciavol 2 |
| Valnei | Obrasvol 6 |
| Vepeu | [...]vol3 |
| Viegd ' Agir | [...]vol4 |
| Voltaire | [...]vol 19 |

Fonte: Inventário de Francisco Júlio Xavier, cx 1803, n 3462

Classificamos os livros descritos em três categorias: livros de medicina, livros que poderiam ser de medicina e livros gerais. Nos livros que certamente eram de medicina identificamos: clínica médica, medicina prática, farmácia, fisiologia, anatomia, dicionário de ciências médicas, dicionário de cirurgia, inflamações, toxicologia geral, nosógrafa e Hipócrates. Na categoria de livros que poderiam ser de medicina, identificamos: Vepeu, Valnei e Bordeu.²⁰ A última categoria de livros identificados foram os que não se relacionavam a medicina, obtivemos apenas um exemplo: Voltaire. Ao relacionar a lista de livros em categorias, podemos comparar a biblioteca de um médico atuante na cidade na década de 1850, com o currículo médico do período na faculdade de medicina, que demonstramos na tabela a seguir.

²⁰ Os livros, Vepeu, Valnei e Bordeu não conseguimos identificar qualquer referência a esses nomes nos manuais de medicina. Por não ter acesso a essas informações, não conseguimos delimitar se os mesmos eram de medicina ou não.

Quadro 2: Relação de disciplinas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1850

| 1º ano | 2º ano | 3º ano | 4º ano | 5º ano | 6º ano |
|--------------------------------------|------------------------------|------------|-------------------|--|---------------------------------------|
| Física médica | Química Médica e Mineralogia | Anatomia | Patologia externa | Anatomia Topográfica, Medicina operatória e Aparelhos | Higiene e História da medicina |
| Botânica Médica e zoologia Elementar | Anatomia Geral e descritiva | Fisiologia | Patologia Interna | Partos, moléstias de mulheres e meninos recém-nascidos | Medicina Legal |
| | | | Farmácia | | Clínica externa e anatomia patológica |
| | | | | | Clínica e anatomia patológica |

Fonte: SANTOS FILHO, 1971, páginas 115, 116, 117 e 118.

Apesar de termos identificado apenas um caso com uma lista de livros, consideramos pertinente compará-la com o que era ensinado na faculdade, atentando para a relação entre os saberes ensinados e a prática clínica. Mesmos pertencendo à elite médica, o dr. Xavier anunciava seus serviços em consultórios na rua do Hospício (1844 a 1846), rua da Constituição (1850) e rua do Lavradio (1847 a 1850), desse modo, seus saberes eram de fato aplicados em sua atuação enquanto médico. Ao compararmos seus livros de medicina com as disciplinas que eram ministradas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na década de 1850, observamos correspondências em todos os itens e destacamos com nomes iguais os seguintes títulos: Anatomia, Pharmácia, Dicionário de cirurgia e clínica médica; além é claro do livro “Pratica d' acouchemens” sobre a questão dos partos, cadeira que o médico era titular da Faculdade de Medicina. O exemplo do dr. Xavier nos permitiu chegar um pouco mais perto de como os conhecimentos ensinados na Faculdade de Medicina foram levados para o dia-a-dia dos consultórios na cidade, mesmo com todas as limitações de análise proveniente de só um exemplo. Ao possuir livros em seu consultório que correspondiam às disciplinas ministradas na Faculdade, de certa forma observamos a possibilidade de aplicabilidade

desses mesmos conhecimentos nos vários tratamentos que poderiam ser propostos pelo médico.

3.5 Médicos e a escravidão

Após analisarmos as nacionalidades dos médicos e a estrutura do interior de seus locais de atuação, chamamos a atenção para um tópico importante: a relação entre os médicos e a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX. Assim como no tópico sobre a estrutura dos consultórios médicos, não identificamos nessa análise uma diferenciação entre os médicos ordinários e a elite médica. As duas subcategorias apresentaram semelhanças no relacionamento com a escravidão, o que em última análise refletiu de forma geral como a população da corte se comportava. Mesmo assim, foi significativo o desenvolvimento dessa análise conjunta, pois nos ajudou a entender um aspecto essencial do cotidiano carioca do século XIX -a escravidão urbana - e suas implicações com a medicina acadêmica.

O discurso médico ao longo de todo o século XIX enxergava no negro escravizado a causa de muitos males, tanto no campo moral quanto no físico, associado principalmente a fatores sociais (PORTO, 2006). A relação entre saúde e escravidão foi observada sobre várias possibilidades de abordagens, presentes desde o tratamento dispensado aos cativos nas fazendas e nos meios urbanos até a relação que os mesmos tinham com a medicina acadêmica (PIMENTA e GOMES, 2016) nosso foco de análise. Para a primeira metade do século XIX, Silvio Lima (2011) demonstrou como foi marcante a presença dos escravos no cotidiano da profissão médica. Tal constância foi refletida na produção textual que era publicada através dos periódicos médicos ligados à Academia Imperial de Medicina. A partir desse olhar, o autor defendeu a hipótese, acompanhada e observada em menor grau em nosso trabalho, de que o escravo era objeto de preocupação dos médicos.

Ao pesquisar os escritos médicos produzidos entre 1830 e 1850 percebi a presença significativa dos escravos ora como pacientes, ora como objeto de estudos. Eles estavam por toda a parte no cotidiano médico: eram seus pacientes, seus auxiliares como enfermeiros e serventes no hospital e na Faculdade de Medicina e ainda, eram objeto de estudos após sua morte nas aulas de anatomia e clínica médica e estavam presentes em muitos artigos, figurando como “cobaias” de experimentos médicos. (LIMA, 2011, p. 2)

Nos inventários e testamentos, a presença de escravos foi recorrente, indo ao encontro da importância que o trabalho escravo tinha na corte. Na maioria, tratava-se de processos de inventários em que os escravos eram passados como propriedade para herdeiros. Em poucos casos, identificamos situações sobre assistência médica aos cativos, como o que diz respeito ao médico João Batista Lacaille, que ²¹ tratou dos familiares do Capitão José Pedro de Mattos entre os anos de 1848 e 1864, totalizando setenta e quatro visitas. Dentre essas visitas, boa parte correspondia ao tratamento dos escravos pertencentes ao capitão. Além das visitas, o médico mencionava duas operações feitas nos escravos. A primeira de ectopia,²² realizada no preto Procópio, curando-o em trinta e seis dias. A segunda uma amputação do braço esquerdo do preto Roberto, totalizando quarenta e sete dias de curativos e visitas à casa. Ao continuarmos nossa análise, observamos pelo menos mais um caso, do médico Francisco Xavier Viegas, de reclamação de pagamento de dívidas médicas por tratamento de escravos.

Viegas²³ reclamou na justiça no ano de 1860 o pagamento de vinte visitas médicas referentes ao tratamento dos escravos menores Manoel Alberto e Bernardinha pertencentes a Francisco José da Cruz Gomes. Para cada visita feita foi cobrado o valor de cinco mil reis, totalizando assim, cem mil réis. A grande disputa nesse caso foi referente à escrava menor, Bernardinha. O senhor alegou que, pelo fato de a mesma ser menor, cabia o direito de escolha ao seu dono, se trataria ou não a escrava. Segundo Francisco José, o médico a tratou sem autorização prévia do mesmo, sendo assim o tratamento ficaria por conta do médico e não do senhor. Houve também um questionamento referente à propriedade da escrava. Após quase um ano, o processo foi parar no tribunal da relação e a causa foi ganha pelo médico, sendo Francisco José obrigado a pagar a quantia de cento e vinte e sete mil réis.

Os exemplos elencados nos remeteram ao debate importante sobre o tratamento médico dos escravos. Por não serem livres e pertencerem a seus senhores, os serviços médicos que, por ventura os escravos recebessem, deveriam ser pagos pelos senhores, o que por vezes causava disputas judiciais. Por serem imprescindíveis para os rendimentos dos médicos, quando não pago, o tratamento dos escravos era reclamado na justiça contra os seus senhores. A questão do pagamento do tratamento de escravos,

²¹João Batista Lacaille, Código de referência BU.O.RCI.1711

²² Um tipo de operação realizada para a correção de uma anomalia na posição de órgãos.

²³Francisco Xavier Viegas, maço 395, n 3945

gerou também situações singulares. Quando se tornava menos vantajoso economicamente que o trabalho do escravo, o senhor o abandonava ou lhe concedia a alforria. Uma das formas de evitar o "prejuízo" era tratar o escravo no Hospital da Misericórdia, e assim para não arcar com as despesas do cativo, ele era doado para a instituição (PIMENTA, 2013).

Além da disputa sobre a responsabilidade de pagamento dos senhores perante os serviços médicos prestados aos seus escravos, identificamos uma grande presença de escravos nos inventários dos próprios médicos. Nesse universo, houve largamente a utilização da mão de obra escrava para a ajuda em afazeres domésticos ou como mercadoria para quitação de dívidas, o que era comum na cidade e no período estudado (SOARES, 2007). Grande parte da população do Rio de Janeiro no século XIX possuía escravos e utilizava essa mão de obra para os mais variados serviços como: iluminação, limpeza dos detritos e fornecimento de água. Além desses serviços, os escravos também realizavam tarefas para seus senhores.

O caso emblemático de associação de um médico ao mercado de escravos foi o de Antonio Marcolino Fragoso²⁴. Fragoso esteve presente no primeiro congresso brasileiro de medicina e cirurgia, em 1888, e se identificava como oftalmologista e especialista nas moléstias do útero e vias urinárias, mas a atividade de clínica médica era apenas mais uma entre os seus serviços. O dr. Antonio Marcolino era dono de uma empresa de seguros, de nome Mútuo União, que trabalhava com seguros de vida destinados aos escravos. Sua empresa era localizada inicialmente no Largo do Rosário e posteriormente na Rua Primeiro de Março (PAYAR, 2012).

Como observado anteriormente, conseguimos entender que os médicos estavam presentes e inseridos dentro da lógica da cidade, assumindo também funções que não passavam apenas pelo exercício da medicina. Nos casos levantados, observamos a presença marcante da escravidão na vida desses agentes de cura, o que não era de fato incomum para o período estudado. A interação entre médicos e a escravidão esteve presente ao longo de todo o material coletado, mas, por fim, queríamos destacar dois casos.

Joaquim Antonio Faria²⁵, médico, Capitão da Marinha e um dos donos da Casa de Saúde da Glória, herdou oito escravos do casal Alberto e Maria Noêmia. Dos oito

²⁴Antonio Marcolino Fragoso, maço 691, n 2529

²⁵Joaquim Antonio Faria, cx 2332, n 1944

escravos, Joaquim, pediu a venda de três: Arsênio, Cassiano e Justino, alegando que os mesmos não prestavam obediência e nem pagavam seu jornal. É certo que, ao longo da vigência da escravidão na cidade do Rio de Janeiro e mais especificamente, nos períodos de ápice da escravidão urbana no século XIX, uma das formas mais corriqueiras de se obter dividendos eram com os chamados "escravos ao ganho" (KARASCH, 2000). O escravo trabalhava durante o dia em algum desses ofícios e no final do expediente pagava o chamado jornal para seu senhor, uma taxa diária correspondente a jornada de trabalho de um dia. (SOARES, 2007). Essa forma de participação do escravo na economia da cidade era tão recorrente que umas das maneiras de medir a renda das pessoas era o número de escravos que as mesmas detinham. Decerto uma família pobre, quando tinha a possibilidade de adquirir um escravo, o fazia e o mesmo trabalhava ao ganho e nos serviços domésticos. Muitas vezes o trabalho do escravo fora do âmbito doméstico era a única renda de uma família, já que o trabalho manual era desvalorizado.

No caso do médico Joaquim Antonio Faria, a principal parte de sua renda provinha de suas consultas, era sócio de uma casa de saúde, mas não abria mão de investir seus escravos no ganho diário na cidade. O grande problema do dr. Faria, foi a desobediência de seus três escravos. Como forma de punição o médico ameaçou os três, alegando que venderia se os mesmos continuassem com tal comportamento, demonstrando que a venda do cativo era interpretada como uma forma de punição, pois remetia à própria instabilidade da vida do escravo. Mesmo no ambiente onde o escravo poderia ter uma maior autonomia, se observou a ameaça e a possibilidade de resistência e desobediência. Oferecendo serviços diversos, os escravos conseguiam escapar de um controle mais ferrenho do seu senhor e ao mesmo tempo acumular algum pecúlio para uma possível compra de alforria. No exemplo descrito, observamos as possibilidades de negociação presentes, embora em posições desiguais, se o senhor não desse condições mínimas ao escravo, ele poderia se rebelar e não o obedecer, obrigando ao mesmo por vezes a vender o escravo para outro (CHALHOUB, 1990).

O caso de Antonio Silva Gradim difere do anterior, embora apresente a mesma lógica do mundo da escravidão carioca. Vamos ao relato:

O Dr. Antonio da Silva Gradim tendo libertado sua escrava parda de nome Carolina pelos seus bons serviços, tendo a sua filha ingênua de nome Julia que foi matriculada sobre o n 6656 na matrícula geral em

19 de março de 1880, comprova com o documento junto, como a filha tem q acompanhar a mãe, e esta não poderá dar educação, conforme visto que vive de seu trabalho, e a ingênua apenas a idade de 4 anos, e minha mulher tem lhe afinidade de avó, faço se digne permitir que assim ter e receba a órfão para educá-la desligando a da mãe.
Rio de Janeiro 26 de dezembro de 1883.²⁶

No trecho descrito observamos as relações múltiplas entre o contingente escravo que vivia na corte e seus senhores. Na passagem descrita, podemos observar dois tipos de relações estruturadas. Na primeira, a possibilidade real do benefício mútuo no ato da adoção da menor pelos donos de sua mãe, concretizando uma afetividade perante a impossibilidade da mãe recém liberta sustentar a própria filha. Outra possibilidade é a manutenção das relações de exploração entre os antigos senhores e a menor de idade. Lembrando que era o período final da escravidão, onde houve um aumento significativo das alforrias. Sendo assim, não seria incomum ou menos provável que a menor fosse mantida na casa de seus antigos senhores e criada para os serviços domésticos, numa continuação da possibilidade da "servidão" doméstica, mesmo com o fim da escravidão (CHALHOUB, 2012).

Nesse tópico procuramos inserir o médico acadêmico no mundo escravista da corte carioca oitocentista como tem feito a historiografia mais recente, mas em vez de investigar a questão pelos escritos médicos, o fizemos por documentos que mostram o seu cotidiano. Analisamos exemplos de práticas de cura nos escravos, processos de pagamento de honorários médicos por tratamento dos cativos e as mais variadas relações, ligadas a cura ou não, que os médicos acadêmicos mantiveram com a escravidão. Sem essa análise, essencial no espaço social que a medicina estava inserida, não seria viável traçar o perfil do médico acadêmico "ordinário".

Traçamos assim, nesse capítulo, um perfil inicial do médico que atuava na cidade do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, apresentando as relações que o mesmo mantinha com os demais agentes de cura. Conceituamos também o chamando médico ordinário, demonstrando a partir de quais características classificamos esse tipo de médico. A partir dessa classificação, exploramos importantes tópicos para entendermos os médicos no século XIX: nacionalidades, objetos de sua prática médica e sua relação com a escravidão. Embora essenciais, as questões elaboradas no presente capítulo, não esgotaram a discussão das características dos

²⁶Antonio da Silva Gradim, março 2252, n 339

médicos ordinários e suas relações com a elite médica. Para tanto, nos três próximos capítulos aprofundaremos a análise sobre tópicos essenciais para o presente trabalho. Destacamos assim, o estudo do mercado médico no segundo capítulo, o surgimento das especializações no terceiro capítulo e a distribuição geográfica dos médicos na corte no capítulo final

Capítulo 2

O Mercado Médico

No segundo capítulo desse trabalho começamos a investigar os objetivos elencados na tese através da temática do mercado médico. No capítulo anterior, inferimos a possibilidade de traçar o perfil do médico ordinário e as transformações que esse agente sofreu e produziu no universo da cura na cidade. A partir dessa perspectiva, observamos a necessidade de desenvolver uma investigação mais apurada sobre o mercado médico da corte Imperial na segunda metade do século XIX em um capítulo próprio. Ao investigar o chamado mercado médico, analisamos as relações que os médicos traçavam através dos pedidos de pagamento de honorários e dos inventários presentes na documentação cartorial arrolada. A partir dessa análise, trabalhamos com a possibilidade do "inchaço"²⁷ do mercado de cura e as consequências que esse fato ocasionou nas relações entre médicos e entre médicos e enfermos. Assim, podemos analisar melhor como essas relações afetaram a constituição e as divisões (elite médica e médicos ordinários) dentro da corporação.

Para isso, entramos em um importante debate identificado nas fontes analisadas: a questão das reclamações judiciais por falta do devido pagamento aos honorários médicos. Nossa hipótese acompanha as afirmações de Edler (2014) que apontaram para a existência de um mercado de cura altamente concorrido na Corte, onde os médicos que não conseguiam acesso aos cargos públicos competiam entre si e com os demais agentes de cura pelo mercado "enfermo". Para chegar a tal análise, o autor procurou examinar evidências a partir dos periódicos médicos que circulavam no período, como apontado na citação a seguir:

De fato, encontram-se na Gazeta Médica fartas evidências de que junto com o crescente descrédito da profissão- o que analisaremos adiante- afirmava-se uma tendência de empobrecimento da maioria dos médicos, gerada pela crescente competição em torno da reduzida clientela de "boa casa", e aguçada pela livre atuação de outras categorias de curadores. (EDLER, p.54, 2014).

²⁷hipótese analisada nesse trabalho e presente no estudo de Edler (2014)

Edler baseia a afirmação acima, analisando três passagens da Gazeta Médica. Os três fragmentos relatam a dificuldade do médico em sustentar a sua família, em grande parte, devido à concorrência com os pares na disputa para exercer a clínica médica. Esse quadro de competição e dificuldade financeira foi exposto no começo dos anos 1860, mas observamos discursos próximos para as décadas de 1870 e 1880. Outro dado levantado pelo autor foi o número de médicos para o ano de 1862, segundo o mesmo jornal, o município neutro contava com cerca de 300 médicos. Esses números são próximos dos obtidos em nossa pesquisa através dos anúncios no Almanaque Laemmert para o mesmo período, já que a gazeta se baseava nos dados do Almanaque, dada a sua importância na época.

Como observamos anteriormente, Edler (2014) concluiu que a maioria dos médicos passava por uma situação de empobrecimento, decorrente da grande competitividade na cidade entre as pessoas que ofertavam os serviços de cura. Nossa análise, ao tratar do "mercado de cura" no município neutro, acompanhou inicialmente essa hipótese e buscou, através de outras fontes, questioná-la. A metodologia foi um estudo quantitativo da relação entre a presença de médicos na corte e a evolução demográfica na cidade. O capítulo foi dividido em três tópicos. O primeiro remete à quantificação do número de habitantes em relação à presença de médicos na cidade do Rio de Janeiro e outras cidades da Europa e dos EUA. No segundo tópico desenvolvemos um estudo qualitativo das disputas pelos espaços de atuação no mercado de cura carioca feito através da documentação referente a dívidas de honorários médicos. E, finalmente, analisamos os bens dos médicos e seus rendimentos em relação à população em geral e aos outros ofícios, levando em consideração o custo de vida ao longo da segunda metade do século XIX.

1.1 Número de médicos e análise do Almanaque Laemmert

Nesse tópico, procuramos quantificar os números de médicos atuantes no Rio de Janeiro e relacioná-los com a população. Através dessa análise, investigamos de forma mais completa a hipótese do mercado de cura inchado. Se, como apontado por Edler (2014), esse mercado era de fato competitivo, isso deveria estar refletido na quantificação da presença de médicos em relação à população da corte. Para ter acesso a esses dados, trabalhamos com os anúncios médicos publicados no Almanaque

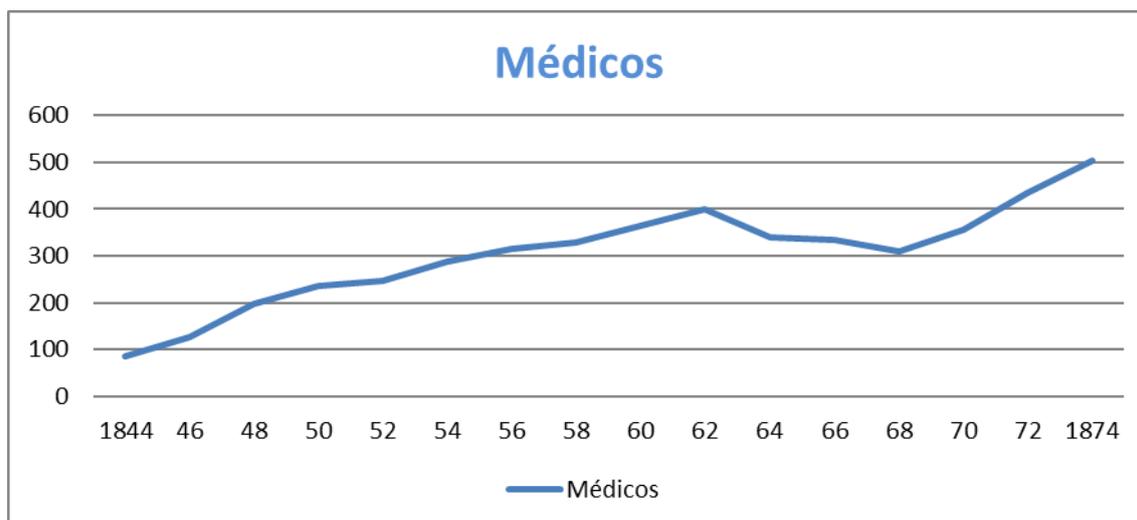
Laemmert, utilizando, quando necessário, as informações referentes a formandos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Como dito anteriormente nessa tese, o Almanaque foi um instrumento de divulgação de vários serviços ao longo de toda a segunda metade do XIX na cidade do Rio de Janeiro. Sua ampla circulação e preço acessível, serviu para que o Almanaque fosse um dos principais instrumentos de popularização de informações e serviços na cidade (DANTAS, 2013).

Como estratégia de pesquisa, quantificamos o número de médicos no Almanaque, tendo em mente que o mesmo era um bom instrumento para inferir a presença de médicos na cidade. A partir dos números de médicos obtidos, traçamos um estudo quantitativo que nos proporcionou acesso a informações importantes dentro da proposta da investigação do "mercado da cura". Embora já tenhamos realizado um trabalho comparativo para o mesmo período em nossa dissertação (DANTAS, 2013), nosso objetivo com a presente tese tem um caráter diferenciado. No trabalho anterior, a análise dos dados passou por uma comparação entre o número de barbeiros-sangradores, objeto daquela pesquisa, com o dos médicos. Agora, apresentamos uma revisão analítica do número dos médicos, com o objetivo de debater a composição do mercado de cura, a importância dos médicos nesse mercado e a possibilidade de saturação do mesmo.

Ao analisar os anúncios de médicos no Almanaque Laemmert ao longo de toda a segunda metade do século XIX e, mais especificamente, durante a década de 1850, observamos um crescimento exponencial dos anúncios de médicos no período. Durante a década de 1840 e 1850 a curva de crescimento era crescente, na ordem de quarenta (40) anúncios a mais por ano, chegando no ano de 1872 com a presença de quatrocentos (400) anúncios médicos, como apresentado no gráfico a seguir:

Gráfico 3: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1844/1874.



Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1844/1872

Cabe nesse momento uma correção dos dados apresentados em minha dissertação de mestrado. Na dissertação, desconsideramos na contagem absoluta do número de anúncios médicos, os médicos que estavam presentes na seção "médicos da Imperial Câmara". Ao longo dos anos, esses médicos, nos forneceram uma média maior de vinte anúncios para cada ano e no presente trabalho corrijo essa imperfeição numérica.

Outro ponto a ser destacado e, de certa forma, revisto foi a divisão que fizemos na dissertação sobre o período de crescimento dos anúncios médicos. Na dissertação apontamos para uma estabilização no número de médicos, por volta do ano de 1856, com a média entre 350 a 400 anúncios por ano até o final da amostragem. Tal conclusão foi baseada no número de anúncios médicos presentes no Almanaque Laemmert e da constatação do trabalho de Edler, que apontava para números bem próximos aos nossos (DANTAS, p. 51, 2013). A partir dessa constatação, concluímos na época que houve uma estabilização do número de anúncios, decorrente do provável inchaço do mercado médico.

Mesmo observando uma queda acentuada a partir de 1862, ao notar uma recuperação e estabilização dos anúncios a partir de 1872, entendíamos que esse fato era decorrente do provável cenário competitivo do mercado de cura na corte. A partir de

1872 voltamos a observar um crescimento constante e significativo dos anúncios médicos, chegando ao ápice de 752 anúncios no último ano de análise em 1889. Ao revisitar essas fontes não levamos em consideração algumas divisões que o próprio almanaque fazia nos anúncios médicos ao longo da segunda metade do XIX. A partir dessa recontagem, apresentamos nesse trabalho uma divisão diferente. No primeiro gráfico acima, mantivemos o ano inicial de 1844, mas estendemos a análise até o ano de 1874, ano da retomada do aumento constante de médicos. Nesse período obtivemos indicações nas fontes²⁸ que se remetiam a ausência de médicos na corte em decorrência da Guerra do Paraguai e logo relacionamos a depressão da curva gráfica à essa ausência. A Guerra do Paraguai, foi um evento histórico datado entre os anos de 1864 a 1870, especificamente os anos em que observamos a queda no anúncio de médicos. Muitos médicos da corte foram ao Paraguai servir na guerra. Edler (2014) apontou para uma queda no número de médicos na própria faculdade de medicina: "Nos cinco anos de conflitos a faculdade desfalcou-se de muitos de seus lentes, substitutos e opositores: alguns, voluntários do serviço de saúde da armada; outros, por serem oficiais do Exército ou da Marinha" (EDLER, 2014, p. 56). A presença da elite médica no serviço da guerra, demonstrou o quanto era necessário, até para os médicos que já atuavam em órgãos públicos, exercerem outras atividades. Mesmo com a falta de professores e a diminuição da presença de médicos na corte, a Faculdade de Medicina teve dificuldade em substituir os seus médicos que foram para a guerra, um sinal de desprestígio do ofício perante a população.

A guerra do Paraguai, maior conflito armado que o Brasil já enfrentou, teve a incidência de doenças como grande culpada por grande número de mortes no teatro do conflito. Não por acaso, em ofício expedido em julho de 1865, o Marechal Osório relatou que a cólera foi o maior inimigo enfrentado pelo exército. Se as enfermidades eram as principais responsáveis pelas baixas, as condições de vida extremas presentes nos acampamentos militares, eram responsáveis diretas pelas doenças (DOURADO, 2011).

A aparição de pestes tampouco pode atribuir-se à casualidade. A escassa alimentação, os milhares de cadáveres insepultos, as más condições higiênicas, a enorme quantidade de bactérias que assolavam o acampamento e campos de batalha contribuíram para a imensa

²⁸Almanaque Laemmert, Médicos, ano 1872

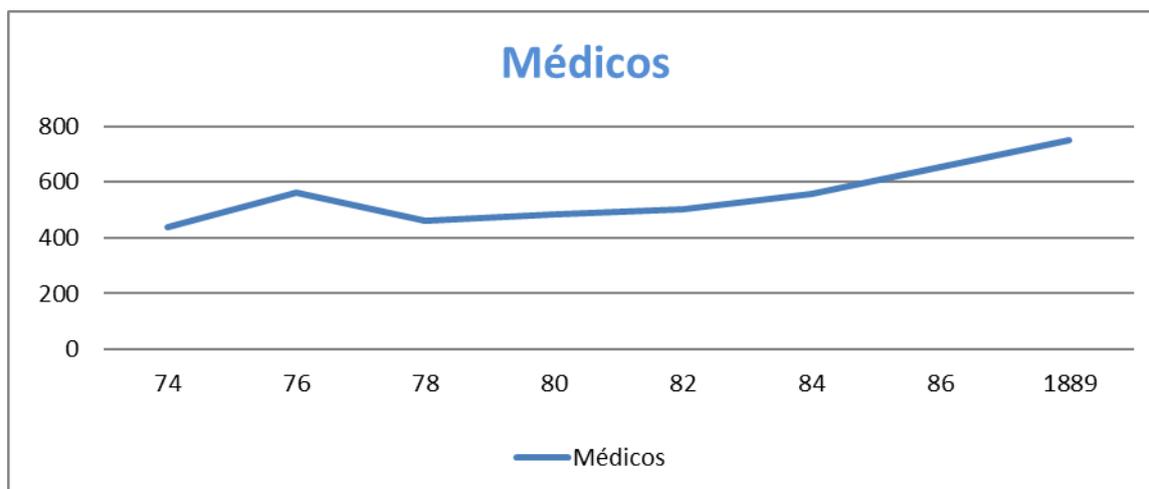
mortandade que existiram durante a campanha. A longa lista de motivos para a expansão de enfermidades e pestes deve juntar-se ao grave dano do sistema ecológico e ao equilíbrio natural que se efetuou com a presença de grande quantidade de pessoas que se deslocavam incessantemente pelos pântanos, pelas matas e bosques, penetrando no habitat natural dos agentes transmissores de doenças (DOURADO, 2011, p. 2).

Perante esse quadro, o Governo Imperial se preocupou em deslocar médicos para os campos de batalha, afim de amenizar as perdas de vidas dos combatentes. Ainda que com número insuficiente de médicos e atuando sob condições muito ruins de trabalho, o corpo de saúde do exército na Guerra do Paraguai, impactou negativamente na presença dos médicos na corte (SILVA, 2012).

Mesmo com o aumento contínuo dos anúncios após a Guerra do Paraguai, mantivemos a hipótese da competitividade no mercado médico, pois analisamos os números não mais de forma absoluta, mas em relação ao crescimento populacional. Entre os anos do censo de 1849, passando pelo primeiro censo geral de 1872 e pelo censo de 1890, observamos que em relação à proporção de habitantes, tivemos uma estabilização ao longo dos anos²⁹. Proporcionalmente, isso representou, no ano inicial de 1849 um médico anunciante para cada 1293 habitantes, esse número caiu em 1872 para um médico para 694 habitantes e se estabiliza até o ano de 1890 com um médico anunciante para cada 774 habitantes. Mesmo entendendo as possibilidades de subnotificações presentes no Censo Geral de 1872, a possibilidade de acompanharmos a série numérica seguinte amenizou as possíveis imprecisões. A partir desses números, observamos uma estabilização da oferta de médicos em relação ao crescimento da população na corte, o que mantém a hipótese do inchaço do mercado médico. Embora os números absolutos tenham aumentado, eles apenas acompanham o crescimento da população.

²⁹Mesmo entendendo as imprecisões dos censos da época, seus números nos foram essenciais para a presente pesquisa.

Gráfico 4: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1874/1889



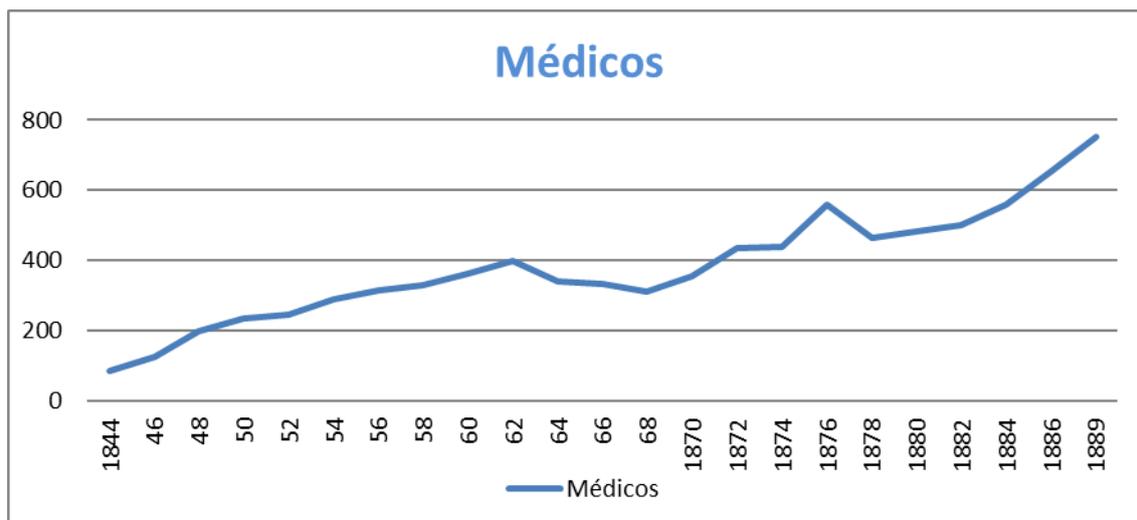
Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1874/1889

Após o período de depressão no gráfico, ocasionado pela Guerra do Paraguai, notamos um crescimento absoluto contínuo até o último ano da amostragem. Embora o crescimento não tenha sido proporcionalmente tão forte quanto nos anos iniciais, em números absolutos, os anúncios quase que dobram. Destacamos especialmente a década de 1880, cuja a curva de crescimento acentuada se assemelhava com a das décadas iniciais de 1840 e 1850. Na década de 1870, a média por ano ficou em torno de 450 anúncios, diferente da década de 1880, onde observamos 483 anúncios no ano inicial, chegando a 752 anúncios no ano final.

Esses números nos levaram a concluir que após a década de 1870 encontramos um cenário de aumento do número de anúncios médicos e que, posteriormente a esse aumento, o número de médicos só acompanhava o próprio crescimento da cidade. Se comparada a outras atividades de cura com anúncios no Almanaque Laemmert para o mesmo período, os anúncios médicos superam em quase o triplo em números absolutos cada ofício. Um exemplo dessa proporção foram os anúncios de barbeiros-sangradores, em cada ano do período estudado, nunca ultrapassaram a marca de cento e cinquenta (150) anúncios (DANTAS, 2013). Ao considerarmos os anúncios no Almanaque Laemmert como um bom meio de inferir a presença absoluta e o crescimento dos médicos na cidade do Rio de Janeiro, entendemos que anunciar no Almanaque era acessível e importante para todos os profissionais que queriam obter visibilidade (DANTAS, 2013, p. 46). Admitindo a hipótese da alta competitividade no mercado de

cura na cidade do Rio de Janeiro, o Almanaque se tornava quase que essencial como estratégia de visibilidade. Sendo assim, mesmo que não contivesse o número absoluto de praticantes das artes de cura, o Almanaque Laemmert, nos forneceu uma boa proximidade dessa totalidade.

Gráfico 5: Número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert, 1844/1889



Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1844/1889

1.2 População em Números

Após analisarmos os números de anúncios médicos na corte, mantivemos nossa hipótese inicial de um mercado de cura fortemente competitivo e com grande oferta de médicos acadêmicos. Para continuar investigando a hipótese do mercado médico altamente competitivo, nesse tópico analisamos os números totais do crescimento da população na corte e no Império.

Desde o início do Império as autoridades viram-se em dificuldades de entender o tamanho da população do Brasil e inferir os mais variados dados estatísticos provenientes dessa população. Tais informações eram essenciais para compreender sobre quais bases se deveria governar essa sociedade (CHALHOUB, 2012, p. 38). De fato, as autoridades só se preocuparam com as estatísticas no Império a partir da década de 1850, frente à maior estabilidade política e às substanciais mudanças ocorridas em decorrência do fim do tráfico internacional de escravos e da lei de terras.

Em 1850, foi apresentado o primeiro trabalho de estatística realizado na corte referente a epidemia de febre amarela, que assolou a cidade entre os anos de 1849/1850. José Pereira Rego, compilou estatística dos mortos a partir das informações existentes em hospitais e enfermarias administradas pelo governo. Sua tentativa de contabilizar esses mortos chegou a um número de 4 mil, bem diferente de algumas estimativas que chegavam perto do número de 10 a 15 mil mortos. Essa diferença, pode ser interpretada pelo fato de que muitos enfermos não recorriam aos estabelecimentos oficiais para o seu tratamento (CHALHOUB, 2012, p. 40).

Após essa primeira experiência, o governo Imperial a partir de 1851 tornou obrigatório o registro civil de nascimento e óbito, com diferenciação entre escravos e livres, indicando em um futuro próximo a possibilidade de se organizar um censo geral do Império. No entanto a lei de registro ocasionou revoltas nas mais variadas províncias, devido à interpretação de que tal lei abria a possibilidade de reescravização dos libertos.

Em suma, os revoltosos -pretos e pardos livres pobres- relacionavam o fim do tráfico africano de escravos, em decorrência da lei de 1850, com a necessidade de suprir de outro modo a demanda por trabalho escravo nas fazendas, deduzindo que seriam eles os escravizados da vez. (...) pretos e pardos livres pobres estiveram equivocados ao imaginar que o registro civil e o recenseamento determinados pelo decreto de 1851, tinham objetivo de reduzi-los ao cativo. Ironia da história, o erro deles revela um entendimento profundo da lógica social do Brasil oitocentista, um jeito de ver aquela realidade imprescindível para quem quiser compreendê-la (CHALHOUB, 2012, p. 41).

Tais dificuldades sociais e administrativas, fizeram com que o Brasil só tivesse o primeiro recenseamento geral em 1872, período que compreende o corte cronológico de nosso estudo e único censo geral do Império. Observando os dados populacionais do Império e posteriormente da cidade do Rio de Janeiro, tivemos a possibilidade de compará-los com os dados referentes ao número de médicos que anunciavam na cidade no mesmo período.

O censo foi de fato efetuado no ano de 1872, mas seus resultados só foram divulgados entre os anos de 1876 e 1877. Muitas das suas motivações estavam relacionada com a guerra do Paraguai e a necessidade de se conhecer o número de cativos para cálculos de possíveis indenizações com as leis graduais de emancipação

dos mesmos, não por acaso a lei do Ventre Livre é datada do ano anterior ao censo (CHALHOUB, 2012, p. 41).

O total de habitantes era de 9.930.478, divididos em 8.419.672 livres, equivalente a 84,7% e 1.510.806 escravos, equivalendo a 15,2%. Em relação ao número de escravos, há uma proporção baixa se compararmos com as da primeira metade do dezenove, quando girava em torno de 30% a 40% do total de habitantes. Parte dessa diminuição em número de escravos, pode ser atribuída ao fim do tráfico internacional em 1850, à alta taxa de mortalidade do cativo e à epidemia de cólera dos anos 1855 e 1856. Nos números da divisão racial observamos 38,1% de brancos, 19,6% de pretos, 38,2% de pardos e 3,9% de indígenas. Se juntarmos a população de pretos e pardos somados obtemos 57,9% da população, se excluirmos os escravos desse número o que temos é um número de 42,7% da população composta por indivíduos livres e de cor, número muito maior do que de outras sociedades escravistas como Cuba e Sul dos EUA para o mesmo período. Esses dados chamam a atenção para uma característica diferenciada da escravidão brasileira, o grande número de libertos e escravos convivendo no mesmo espaço (CHALHOUB, 2012, p.42-44). A presença significativa da escravidão no Império, proporcionou impactos importantes nas relações que os médicos acadêmicos desenvolveram com as mais variadas artes de cura praticadas por essa população de escravos, ex-escravos e seus descendentes.

Outra divisão observada no censo de 1872 refere-se ao sexo da população. Os homens livres correspondiam a 4.318.699, equivalente a 51,2% e as mulheres 4.100.973 equivalentes a 48,7. Essa proporção se mostrou um pouco mais acentuada entre os escravos, 805.107 eram homens, o que equivalia a 53,2% da população de escravos e 705.636 eram mulheres, o que equivalia a 46,7%. Entre os cativos estrangeiros de origem africana, essa proporção aumentava para 62% de homens com um número total absoluto de 138.560 indivíduos (CHALHOUB, 2012, p. 44).

Quadro 3: Número de habitantes no Império segundo o censo de 1872

| Categorias | Números | Porcentagem |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Livres | 8.419.672 | 84,7% |
| Escravos | 1.510.806 | 15,2% |
| Branços | 3.783.512 | 38,1% |
| Pardos | 3.793.442 | 38,2% |
| Pretos | 1.946.374 | 19,6% |
| Índios | 387.288 | 3,9% |
| Total de Habitantes no Império | 9.930.478 | 100% |

Fonte: dados retirados de CHALHOUB, 2012, p.42.

Com o objetivo de obter dados mais precisos e com uma maior temporalidade para a população da corte, recorreremos a outras fontes, além do censo de 1872, como memorialistas do início do século XIX e a contagem oficial no final do século. O primeiro dado que apresentamos refere-se ao ano de 1808, emblemático por conta da chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro. Nesse ano, a cidade era composta por quatro freguesias: Sacramento, Santa Rita, Candelária e São José. No número de habitantes, as estimativas do viajante John Luccock, comerciante inglês que chegou ao Rio de Janeiro logo após a abertura dos portos, foi de 60.000, sendo 48.000 livres e 12.000 escravos. No ano de 1817, por influência da chegada da família real e do crescimento da imigração, outros dois viajantes, Von Spix e Von Martius, estipularam a população carioca em 100.000 habitantes, incluído a população das freguesias rurais. Foi no recenseamento realizado no ano de 1821, que obtivemos os primeiros dados "oficiais" para o século XIX. A população total do município era de 116.444 habitantes, sendo 86.323(74,14%) vivendo no espaço urbano. Dos 86.323 habitantes da cidade, 45.947 (53,23%) eram livres e 40.376 (46,77%) eram escravos (SOARES, 2007, p.27). Dentre todo o período da virada do século XVIII até o primeiro censo, a taxa de crescimento populacional média anual da cidade foi de 2,8% (LOBO, 1978, p.176) com um acréscimo significativo da população escrava.

O segundo censo da cidade foi realizado no ano de 1838, ordenado pelo Ministro da Justiça na Regência, Bernardo Pereira de Vasconcelos. Esse segundo censo,

apresentou vários problemas em sua elaboração e, como resultado, obteve números menores - e pouco confiáveis -, do que a estimativa de viajantes para o mesmo período. De acordo com o censo, a cidade contava, no ano de 1838, com uma população de 137.078 pessoas, enquanto relatos, como do viajante estrangeiro C.S.Stewart, estimavam, para época, 200.000 pessoas (SOARES, 2007, p.29).

A partir do censo de 1849, nosso recorte temporal foi contemplado, sendo assim, vamos analisar os dados populacionais gerais da cidade do Rio de Janeiro e compará-los com o número de médicos anunciantes no Almanaque Laemmert. A população da corte era contabilizada em 266.466 habitantes, sendo 155.864 (58,49%) livres e 110.602 (41,51%) de escravos. A cidade era dividida entre as freguesias urbanas que representavam 205.906 (77,27%) indivíduos e as freguesias rurais com 60.550 (22,73%) indivíduos. Dos habitantes totais das freguesias urbanas, o espaço geográfico que nos interessa, 116.319 (56,49%) eram livres, 10.732 (5,21%) eram libertos e 78.855 (38,30%) eram escravos. A população masculina também era bem maior, 58,95% de homens contra 41,05% de mulheres, muito por conta da maior migração de portugueses homens e de homens africanos escravizados vindos através do tráfico atlântico. Entre os escravizados, a população masculina era maior, mas entre os libertos, a feminina se destacava. Outro importante dado apresentado no censo era a proporção de estrangeiros que vivia na corte, que correspondia a 46,74% do total da população ou em números absolutos 96.250 pessoas. O censo de 1849 reflete bem o panorama de uma cidade em plena expansão, com o surgimento das primeiras linhas de bonde para os subúrbios da zona sul e da futura linha férrea (SOARES, 2007, p. 29). Foram nos dez anos entre a contagem de 1838 e a de 1849 que tivemos a taxa de crescimento anual mais acentuada, com o número médio de 7,1% para as populações das freguesias urbanas e 3,7% para as populações das freguesias rurais (LOBO, 1978, p.153). Assim no período dos anos 1838a 1850, observamos uma taxa de crescimento populacional elevada por conta do tráfico de escravos e da imigração. Tal característica de crescimento da cidade, terá implicações determinantes dentro de seus mercados de serviços, incluindo os serviços médicos, acarretando o aumento de preço e salários (LOBO, 1978).

O censo geral de 1872 também apontou para números interessantes na corte. Embora o levantamento não apresente um grande crescimento populacional, o fim do tráfico e o incremento da migração de portugueses fizeram com que o quadro geral da divisão populacional mudasse. A população do município da corte era de 274.972

habitantes, dos quais 226.033 (82,20%) eram livres e 48.939 (17,80%) eram escravos. Nas freguesias urbanas viviam 228.743 indivíduos, sendo 191.176 (83,58%) livres e 37.567 (16,42%) escravos. Os livres nascidos no Brasil correspondiam a 121.515 habitantes e os estrangeiros livres a 69.661 habitantes, sendo os homens em maior número tanto entre os livres nascidos no Brasil, quanto entre os livres estrangeiros (SOARES, 2007). No período do censo na década de 1850 até o censo geral de 1872, houve um crescimento da taxa anual de aumento populacional na corte, chegando ao número de 4,4%, mesmo havendo uma estagnação numérica de escravos. Conforme Lobo (1978), podemos inferir esse aumento em decorrência de uma maior presença estrangeira e migrantes de outras localidades do Império.

Embora já na república, o censo de 1890, nos deu um bom panorama das diferenças populacionais pelas quais a cidade passou nos 20 anos seguintes ao censo de 1872. Em 1890 a população da agora capital federal da República era de 522.651 pessoas, sendo que 422.756 (80, 88%) viviam na cidade propriamente dita. Como vimos, a população da cidade, em 20 anos, dobrou. Os brasileiros residentes no Rio de Janeiro correspondiam a 310.821 (73,52%) indivíduos, enquanto os estrangeiros correspondiam a 111.935 (26, 48%). Ainda havia o predomínio do sexo masculino, mais uma vez reflexo dos desequilíbrios da migração que atraía muito mais homens que mulheres (SOARES, 2007, p. 30).

Ao juntarmos os dados populacionais totais do império e da cidade com o levantamento feito de anúncios médicos no Almanaque Laemmert, apresentamos a seguinte tabela:

Quadro 4: Número de habitantes e médicos no império e na corte segundo os censos de 1849, 1872 e 1890

| | 1849 | 1872 | 1890 |
|---|------------|-----------|--------------------------|
| Império | Não consta | 9.930.478 | 14 333 915 ³⁰ |
| Corte | 266.466 | 274.972 | 522.651 |
| Médicos/ na corte | 206 | 436 | 752 ³¹ |
| Médicos divididos pela população da corte | 1/1293 | 1/631 | 1/695 |

Fonte: dados de Lobo (1978, p. 135) e Almanaque Laemmert

³⁰<http://memoria.ibge.gov.br/sintese-historicas/historicos-dos-censos/censos-demograficos>

³¹ Números referentes ao ano de 1889

Frente ao panorama populacional demonstrado, conseguimos apresentar de forma mais completa a real dimensão da competitividade do mercado médico na corte. Nosso próximo passo foi investigar quais as possíveis relações da presença de médicos no Rio de Janeiro comparativamente com Nova Iorque e Paris, as duas maiores Cidade dos EUA e da França, respectivamente.

Os dados demográficos referentes a outras cidades pelo mundo são de mais fácil acesso do que os que dizem respeito às cidades brasileiras, muito por conta da preocupação que os países europeus e os EUA tiveram de implementar censos precocemente. A ideia de que o conhecimento quantitativo era de grande valor para o conhecimento dos Estados nacionais, foi elaborada mais especificamente em meados do século XIX, ligado a elementos da burocracia do Estado (SENRA, 2005). Nesse aspecto, países da Europa e os EUA saíram na frente com processos metodológicos mais apurados e números mais acurados que os similares presentes no Império do Brasil.

No caso dos EUA, foi instituído desde 1790 a obrigatoriedade dos censos em um período de 10 em 10 anos. Para nossa pesquisa, utilizamos os dados a partir do ano de 1850. Em 1850, a população residente nos EUA era de 23.191.876, sendo 3.204.313 escravos; em 1860 eram 31.443.321 sendo 3.953.760 escravos; em 1870 eram 38.555.983; em 1880 eram 50.189.209 e no último ano de 1890, embora um incêndio em 1921 tenha destruído a maior parte do acervo, a totalidade da população foi registrada no número de 62.947,714. Ao todo observamos que ao longo de toda a metade do século XIX, a população dos EUA cresceu em uma média de 1 milhão de habitantes por ano.³² Comparando os dados que obtivemos para o Império do Brasil com os dos EUA, observamos o seguinte quadro.

Quadro 5: População do Império do Brasil em Comparação com a dos EUA (1870 e 1890)

| | 1870 | 1890 |
|--------|------------|------------|
| Brasil | 9.930.478 | 14 333 915 |
| EUA | 38.555.983 | 62,947,714 |

Fonte: IBGE e www.census.gov

³² <https://www.census.gov/>, acesso em 28 de fevereiro de 2017.

Ao compararmos as cidades mais populosas dos dois países, Rio de Janeiro e Nova Iorque, observamos que a diferença populacional se repetiu. Em 1850 a cidade de Nova Iorque tinha 515.547 habitantes, no ano de 1870 esse número subiu para 942.292 e no ano final de 1890 para 1.206.299.

Quadro 6: População do Rio de Janeiro comparado a Nova Iorque (1849, 1872 e 1890)

| | 1849 | 1872 | 1890 |
|----------------|---------|---------|-----------|
| Rio de Janeiro | 266.466 | 274.972 | 522.651 |
| Nova Iorque | 515.547 | 942.292 | 1.206.299 |

Fonte: <https://www.census.gov/>, acesso em 28 de fevereiro de 2017.

Embora a diferença entre as populações das duas cidades seja grande, a comparação relativa não ficou prejudicada, já que o que nos interessou foi a média de médicos residentes nas cidades. Além disso, as duas cidades apresentavam, por serem os principais centros urbanos de seus países, a melhor estrutura médica e de atração desse tipo de serviço, o que foi ideal para fins comparativos.

Ao nos debruçarmos sobre o número total de médicos nos Estados Unidos na segunda metade do século XIX, observamos uma grande dificuldade de chegarmos a números precisos. Esse obstáculo pode ser imputado à própria fragmentação da organização da medicina no país. Os almanaques médicos demonstravam grande dificuldade em formarem listas completas de médicos, com seus nomes e endereços. Os problemas de compilar listas nacionais de praticantes em uma terra de grandes distâncias e poucas leis de licenciamento estadual eram quase insuperáveis. As estimativas feitas pela própria Associação Médica dos Estados Unidos, embora muito imprecisas, variavam entre 70.000 a 80.000, na metade do século XIX, (WEISZ, 1997).

Mesmo com os entraves provenientes de se quantificar os números absolutos dos médicos ao longo do século XIX, conseguimos obter algumas informações ao restringirmos a busca pelos Estados. Em nosso estudo, acessamos o número de médicos presentes em Nova Iorque para o ano de 1890 através do diretório intitulado *Medical and Surgical Register of the United States*, a primeira publicação desse tipo a conseguir algum êxito no quesito de compilar o número de médicos. O total de médicos registrados no almanaque e atuantes em Nova Iorque era de 1363³³. Ao dividirmos esse

³³Medical and Surgical Register of the United State, 1890

número pelo total de habitantes na cidade de Nova Iorque em 1890, obtemos o número de um médico para cada 887 habitantes, superior em quase 200 médicos por habitante ao compararmos com os números da corte. A partir desse número podemos observar para o último ano da série investigada, que o Rio de Janeiro apresentava uma densidade de presença de médicos maior que Nova Iorque, muito embora os números absolutos de Nova Iorque o superem.

Além da comparação com os números dos EUA, nossa pesquisa se debruçou em analisar os números da França, importante país europeu no cenário do desenvolvimento da medicina. Ao longo do século XIX, a população da França passou de 27 milhões em 1800 para 38 milhões em 1900. Na segunda metade do século XIX, anos que nos interessam na pesquisa, os registros foram: 1851 eram 36.472 000 de habitantes; em 1872 eram 37.653 000 de habitantes e no último ano de 1891 eram 39.946 000 de habitantes. Diferente do que observado nos EUA, o crescimento populacional da França foi bem menor: em pouco menos de 50 anos, observamos um crescimento total de apenas 3 milhões de habitantes, inferior inclusive ao crescimento observado no Império do Brasil. Mesmo assim, a França apresentou uma população pelo menos 3 vezes maior que a do Brasil, ao longo de todo o século XIX.

Quadro 7: Comparação entre a população do Brasil e da França (1851, 1872 e 1891)

| | 1851 | 1872 | 1891 |
|--------|------------|------------|------------|
| Brasil | Não consta | 9.930.478 | 14 333 915 |
| França | 36 472 000 | 37 653 000 | 39 946 000 |

Fonte: <https://www.insee.fr> acessado em 28/02/2017

Se comparamos a maior cidade da França e do Império do Brasil, respectivamente Paris e Rio de Janeiro, houve uma grande diferença no contingente populacional. Embora o crescimento demográfico da França não tenha sido tão intenso quanto o observado no Brasil e nos EUA, na cidade de Paris observamos o inverso. A partir da segunda metade do século XIX, Paris se consolida como uma das maiores cidades do mundo, ultrapassando a barreira de 1 milhão de habitantes ainda na década de 1840. No ano de 1849, Paris era povoada por 1.053.262; em 1872 por 1.851.792 e, finalmente, em 1890 por 2.447.957³⁴. De forma análoga com o que observamos para a

³⁴<https://www.insee.fr> acessado em 28/02/2017

cidade de Nova Iorque, embora Paris seja bem maior que a corte carioca, por sua relevância no cenário francês e referência no continente europeu, entendemos que podemos observar uma maior concentração de médicos nessa localidade.

Quadro 8: Populações do Rio de Janeiro, Nova Iorque e Paris no século XIX

| | 1849 | 1872 | 1890 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Rio de Janeiro | 266.466 | 274.972 | 522.651 |
| Nova Iorque | 515.547 | 942.292 | 1.206.299 |
| Paris | 1.053.262 | 1.851.792 | 2.447.957 |

Fonte: www.census.gov, www.insee.fr e IBGE

Ao quantificar a presença de médicos em Paris ao longo do século XIX, encontramos uma maior facilidade ao compararmos com o panorama de organização da corporação médica nos Estados Unidos. Na França, a medicina havia sido regularizada desde pelo menos o início do século XIX, permitindo às autoridades publicarem listas mais completas dos médicos autorizados a exercerem suas atividades (WEISZ, 1997). Por essa maior institucionalidade da medicina na França, observamos a presença de várias publicações médicas com listagens de médicos que atuavam em Paris. Para a presente pesquisa, utilizamos os dados do *Almanach Général de Médecine*, publicação amplamente divulgada em Paris e presente durante todo o século XIX. O *Almanaque Laemmert*, nossa principal fonte quantitativa, apresentava o mesmo formato de propagação dos locais de atuação médica que o *Almanach Général de Médecine Frances*, com informações como o nome do médico com seu respectivo endereço. A título de comparação, utilizamos os três anos trabalhados anteriormente quando investigamos a demografia de Paris, Nova Iorque e Rio de Janeiro: 1849, 1872 e 1890.

Quadro 9: Número total de médicos no Rio de Janeiro, Nova Iorque e Paris

| Ano | 1849 | 1872 | 1890 |
|---------------------------|-------|-------|------|
| Rio de Janeiro | 206 | 436 | 752 |
| Nova Iorque ³⁵ | ----- | ----- | 1363 |
| Paris | 1532 | 1965 | 2532 |

Fonte: *Almanaque Laemmert*; *Almanach Général de Médecine*; *Medical and Surgical Register of the United State*

³⁵ Sem informações para os anos de 1849 e 1872

Observamos, a partir dessa tabela, a grande quantidade de médicos que atuava em Paris para todos os três anos estudados. Se comparamos com os números de médicos na corte, o Rio de Janeiro não conseguiria alcançar a totalidade de médicos que Paris apresentava na década de 1850, nem no último ano de 1890. Importante destacar que as duas cidades tinham números populacionais muito díspares. Por esse motivo comparamos proporcionalmente, ao dividimos o número de médicos pelo número de habitantes dessas duas localidades.

Quadro 10: Número de médicos dividido pelas populações das cidades

| | 1849 | 1872 | 1890 |
|---------------------------|--------|-------|-------|
| Rio de Janeiro | 1/1293 | 1/631 | 1/695 |
| Nova Iorque ³⁶ | _____ | _____ | 1/887 |
| Paris | 1/688 | 1/942 | 1/966 |

Fonte: Almanaque Laemmert; Almanach Général de Médecine ; <https://www.insee.fr> acessado em 28/02/2017; Medical and Surgical Register of the United State

Ao comparamos a proporção de médicos presentes nas cidades do Rio de Janeiro e de Paris, observamos a maior quantidade de médicos atuantes no Rio de Janeiro. Mesmo que nos números absolutos Paris sempre tenha tido uma maior quantidade de médicos do que a corte brasileira, ao levarmos em consideração a proporção de habitantes ao longo de quase toda a segunda metade do século XIX, o Rio de Janeiro teve uma maior densidade de médicos que Paris. Ora, Paris sendo como uma das cidades com maior presença de médicos, onde a medicina se institucionalizou de forma mais precoce (WEISZ, 1997), o fato de a densidade de médicos no Rio de Janeiro ser maior é bastante significativo.

Ao levarmos em consideração todos os dados levantados nesse tópico, conseguimos mostrar que, de fato, o adensamento de médicos na corte no século XIX era significativo e que a hipótese de o mercado de cura carioca ser altamente competitivo, se mostrou válida.

2 Mercado médico e seus atores

Após a análise sobre o panorama quantitativo do mercado médico nas cidades do Rio de Janeiro, Nova York e Paris, juntamente com o debate sobre demografia e concorrência, estudaremos de forma mais específica o mercado de cura da cidade

³⁶ Sem informações para os anos de 1849 e 1872

através da ação de alguns de seus personagens: médicos e enfermos. Para tal análise, recorreremos a um importante tipo de documento encontrado em nossa pesquisa: os processos de honorários médicos. Basicamente, esse tipo de documentação era referente à reclamação que os médicos faziam em juízo pela falta de pagamento por seus serviços. Essa documentação nos forneceu acesso direto às disputas e interações entre médicos e entre médicos e pacientes. Especificamente sobre o mercado de cura, ao acessar esse tipo documental, conseguimos mensurar variáveis referentes aos valores das consultas, tipo de intervenções, periodicidade de visitas e questionamentos de valores e tratamentos. Foi através desse material que conseguimos chegar mais próximo dos conflitos e tensões entre médicos e enfermos, perseguindo assim o debate mais geral proposto nesse capítulo sobre a dinâmica do mercado médico na corte, assim como a possibilidade de análise da categoria dos médicos "ordinários", conceituada no primeiro capítulo.

Para tanto, avançamos na análise dos dados citados sobre processos de honorários médicos. De um total de oitenta e dois (82)³⁷ médicos com fontes judiciais analisados nessa pesquisa, encontramos dezoito (18) que apresentavam processos de reclamação sobre o pagamento por seus serviços. Esses números apresentados são muito significativos, já que representam a segunda maior categoria de ações judiciais referentes aos médicos encontradas na pesquisa, só perdendo para a presença de inventários. Como dito anteriormente, a análise desses dados nos permitiu entender a importância das rendas por consultas dentro dos orçamentos dos médicos, já que a presença das reclamações por falta de pagamento era constante. Essa grande riqueza presentes nos documentos analisados, que até então não tinham sido trabalhados, nos possibilitou confirmar o alto grau de competitividade do mercado médico carioca, demonstrado no tópico anterior.

2.1 Estatísticas referentes aos processos de honorários médicos e elite médica

Ao cruzar o número de médicos analisados com os que de alguma forma pertenciam à elite médica, podemos inferir o seguintes: dentre os oitenta e dois (82) médicos analisados, vinte e três (23) tinham cargos que representavam a elite médica da corte, quatorze (14) são indefinidos e quarenta e cinco (45) não tinham cargo algum, talvez, vivessem exclusivamente com a renda das consulta. Em um grupo mais restrito,

³⁷ Números referentes aos médicos com processos judiciais analisados no Arquivo Nacional

dos médicos que encontramos documentações referentes aos honorários médicos, encontramos: de um total de dezoito (18) médicos, três (3) certamente tinham cargos na elite médica, dois (2) apresentavam situações indefinidas e treze (13) não tinham cargos que os classificassem como pertencentes a elite médica.

Nessa primeira análise, observamos que proporcionalmente, quando se trata de honorários médicos, obtivemos menor presença da elite médica do que na amostragem geral. Esses números foram restritos aos médicos que analisados a partir das fontes jurídicas. Podemos observar uma presença maior dos médicos ordinários quando analisamos os dados a partir dos anúncios médicos no Almanaque Laemmert entre 1844 a 1889, e comparamos com as listagens de professores das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e membros da Academia Imperial de Medicina, para o mesmo período. Dos 1543 médicos presentes na listagem geral do Almanaque Laemmert, apenas em 93 casos encontramos médicos que poderiam ser classificados como da elite médica. Tomamos essa análise a partir do entendimento que a presença do nome do médico como membro de alguma instituição da elite médica, embora não seja a única variável, foi determinante para considerarmos que os mesmos como não pertencentes a categoria de médicos ordinários.

Ao analisar os dados gerais dos processos judiciais médicos com os referentes à cobrança de dívidas de honorários médicos, podemos considerar, por um lado, aqueles que, mesmo pertencendo à elite médica e com cargos de prestígio, necessitavam trabalhar com consultas e por outro lado, os médicos ordinários que obtinham seus recursos apenas com as consultas.

2.2 Relação Elite Médica /Médicos ordinários no mercado Médico

Quando nos debruçamos no exame dos personagens, médicos e enfermos, que atuavam no mercado médico carioca, objetivamos um estudo qualitativo das suas trajetórias. Sendo assim, analisamos alguns relatos contidos nos processos de honorários médicos que permitiram chegar mais próximos das agências dos indivíduos estudados (THOMPSON, 2012). Nosso primeiro personagem é o dr. Antonio Américo de Urzedo³⁸.

³⁸ Arquivo Nacional. Américo de Urzedo, maço 457, n 6456; Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1626, n 2834; Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 2333, n 164; Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1667, n 3423; Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1695, n 2773

Urzedo, certamente, pertencia a elite médica, pois em sua trajetória profissional ocupou um importante cargo como professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (SANTOS FILHO, 1971). Nasceu em Congonhas do Campo, Minas Gerais, no ano de 1786 e faleceu no Rio de Janeiro no ano de 1863, sendo formado em cirurgia em 1817 e aposentado, compulsoriamente, no ano de 1833. Mesmo com a aposentadoria o doutor continuava exercendo sua profissão. Seu consultório ficava na Rua da Prainha, número 94, até o ano de 1850, quando se transferiu para a Rua do Fogo, clinicando até o ano de 1863. Nosso relato se passou no ano de 1855, quando reclamou o pagamento por seus serviços médicos feitos a Manoel Antonio Belém:

Diz o doutor em medicina Antonio Américo de Urzedo que tendo feito repetidas visitas, e huma operação e, e curativos de hum [???], a Manoel Antonio Belem, e isto desde o principio do mês de setembro até fins de novembro do ano passado, não tem o suplicante querido pagar estes serviços médicos pelo suplicado prestados na Rua de Matta Cavallo (...)
Rio, 19 de maio de 1855 ³⁹

No total, o médico reclamou a quantia de duzentos e setenta mil reis, referentes às visitas, e quatro mil reis, referentes à operação. Como resposta, o senhor Belém descreveu que o mesmo médico reclamou um total de sessenta visitas médicas e uma operação.⁴⁰ Embora o citado paciente tenha admitido as visitas e operações, em seu relato, adicionou um elemento novo para o debate jurídico. Para Manoel Antonio Belém, não cabia a ele pagar a dívida com o médico:

Porque possuidor de hum prédio na rua de Mata-Cavalos, próximo à rua do Conde, que contém diversos quartos que aluga a diversos inquilinos, os quais não obstante tem um único portão que serve de entrada não independentes, e não obstante tem curado e visitado alguns desses inquilinos, como seja a preta liberta de nome Evangelista He certo que nunca o ... foi chamado de..., nem jamais fez a este número de visitas e operações que alega. ⁴¹

Como observado no trecho em evidência, o debate apresentado se referia à responsabilidade que o senhorio tinha para com o pagamento do tratamento de saúde de seus inquilinos, provavelmente tal responsabilidade provinha de algum laço social entre

³⁹ Américo de Urzedo, caixa 1626, número 2834, f 2

⁴⁰ Américo de Urzedo, caixa 1626, número 2834, f 11

⁴¹ Américo de Urzedo, caixa 1626, número 2834, f 12

inquilino e senhorio, embora não tenhamos observado isso de forma explícita nas fontes. Destacamos no relato mais um elemento, a presença da liberta Evangelista, pois como ex-escrava, ninguém mais teria obrigações de custear seus tratamentos médicos.

Seguindo a contra argumentação do médico, o mesmo cita duas situações importantes para nossa investigação. Primeiro, “fala que é sabido hoje no Rio de Janeiro ou em qualquer província a situação de miséria do empregado médico⁴²”, lembrando que o processo remete o ano de 1855, quando o mesmo médico já se encontrava aposentado desde 1835, vivendo da sua “renda da aposentadoria”⁴³ e das consultas médicas. No segundo argumento, o médico informou que prestou os serviços para os moradores “miseráveis desses cubículos” por caridade, mas cobra os serviços ao senhorio, anexando ao processo os comprovantes das visitas feitas. Interessante observar a disponibilidade do médico de fazer as visitas tidas como caritativas e, em seguida, cobrá-las ao senhorio e dono do prédio, a partir da alegação da necessidade daqueles rendimentos, visto as péssimas condições do mercado médico do período. Ao final do processo, o dr. Antonio Américo Urzedo ganhou a ação em juízo, sendo o senhorio do prédio na Rua de Mata-Cavalos obrigado a pagar a quantia reclamada anteriormente. Por impossibilidade de pagamento, o senhorio vende seu único bem, o referido prédio, para quitar sua dívida.

Para contrapor ao exemplo do dr. Antonio Américo Urzedo, claramente um representante da elite médica, analisamos dois casos que se encaixam na categoria de médicos “ordinários”⁴⁴. Foram eles o dr. Bento Maria da Costa⁴⁵ e Antonio Jogand.⁴⁶

O dr. Bento Maria da Costa era formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O médico, não possuía nenhum registro de pertencimento ao corpo docente da instituição, tampouco era membro da Academia Imperial de Medicina. Além da inexistência desses cargos em sua trajetória, também não encontramos indícios de que tenha ocupado qualquer cargo público ou eletivo, portanto um típico médico “ordinário” da segunda metade do XIX, que obtinha a maior parte de sua renda das consultas médicas. Reclamou em seu processo de cobrança de dívidas que realizou visitas médicas à família de Manoel Alves Guimarães, morador na rua Gonçalves Dias, no

⁴²Américo de Urzedo, caixa 1626, número 2834, f 13

⁴³Américo de Urzedo, caixa 1626, número 2834, f 15

⁴⁴Conceito debatido e analisado no capítulo 1

⁴⁵Bento Maria da Costa, cx 795, n 2646

⁴⁶Antonio Jogand, cx 1326, n 646; Arquivo Nacional. Antonio Jogand, cx 768, n 1859; Arquivo Nacional. Antonio Jogand, maço 815, n 5

valor de oitocentos e trinta mil reis. Não tendo sido pago o médico pede um mandato de penhora remetendo-se ao alvará da fisicatura-mor de 22 de janeiro de 1810. Como descrito na documentação, o médico referiu-se a noventa visitas entre os meses de Janeiro de 1877 a outubro de 1878, sendo o processo datado do ano 1883. Além das visitas descritas, dr.Bento ainda cita quinze visitas médicas realizadas para uma família hospedada na mesma casa e autorizada pelo referido Manoel Alves Guimarães.

Tendo como referência o alvará de 1810, observamos que o médico ganhou o processo e o reclamado acabou depositando o valor pedido em juízo. Comparando-o com o dr.Urzedo, notamos a presença de semelhanças nos processos, mesmo se tratando de dois médicos de origens sociais distintas, um da elite “burocrática médica”⁴⁷ e o outro um médico “ordinário”.

No ano de 1862, o médico francês dr. Jogand, radicado no Brasil desde 1843, reclamou ao inventário de Thomé Conte, relojoeiro residente na rua dos Ourives, número 71, o pagamento das visitas médicas referentes aos anos entre 1853 e 1859 no valor total de 231 mil réis.⁴⁸ Alguns anos depois, em 1874, o mesmo médico entrou na justiça com um pedido semelhante, agora ao inventário de Margarida Jensen Lima no valor de 375 mil réis por 48 visitas médicas.⁴⁹ Como prova dos tratamentos feitos pelo dr. Jogand ao falecido, encontramos em anexo na ação movida pelo médico, um bilhete em francês do senhor J. Gaillard, no qual descreve o tratamento que o médico tinha receitado até então para seus mal-estares, assim como seus novos sintomas. Após o relato, pediu uma espécie de consulta a distância, expondo seus males e indagando ao médico qual seria a melhor terapêutica. Vamos ao relato:

Santa Theresa oito do novembro de mil oitocentos e sessenta
Senhor Dr. Jogand

Tendo até hoje experimentado a eficácia dos seus bons conselhos e dos seus bons cuidados em todas as doenças que tenho tido, venho de novo recorrer a Vossa Senhoria para lhe poupar uma grande caminhada que lhe tomaria muito tempo e poderia prejudicar a algum de seus clientes. Vou procurar dizer-lhe o mais detalhadamente possível o que experimento o que eu sofro, em que estado se acha a minha acanhada saúde.

Vossa Senhoria recorda sem dúvida qual era o estado da minha saúde na sua última visita, ela estava, me disse Vossa Senhoria, em excelente caminho, no dia depois, quinta-feira dia de todos os santos

⁴⁷ Conceito trabalhado no 1º capítulo

⁴⁸ Antonio Jogand, cx 1326, n 646

⁴⁹ Arquivo Nacional. Antonio Jogand, maço 815, n 5

mandei chamar um thelhary que me transportou até Santa Teresa, cheguei um tanto cansado e com alguma febre, tomei um caldo e deitei-me. Pouco depois no dia seguinte estava assaz bem tinha dormido bem e tinha fome, princípio a comer de dia em dia um pouco mais, o apetite vinha gradativamente o que eu comia era digerido sem incomodo, eu estava contente com a rapidez que o apetite voltava e com a facilidade da digestão, mas com tudo isso as forças nas pernas nos braços e nas mãos não vinham, hoje creio que diminuem em vez de aumentaram. Tenho como que dores reumáticas nas pernas e nos braços. Tendo igualmente dores nos ventres e ellas aumento se eu comprimo com as mãos, julgo que existe uma inflamação de intestino. A minha fraqueza é tão grande que cahio as vezes andando e se não tenho a volta de mim a quem me apegar, não levanto, e com tudo como já disse como bastante para um convalescente de oito dias bebo, durmo e digiro bem.

Veja senhor Jogand o que se poderá fazer em um estado tal. Se os banhos me poderiam ser úteis tendo-os a minha disposição
J. Gaillard.⁵⁰

Nesse relato conseguimos identificar um pequeno histórico do paciente, seus sintomas e possíveis ações prescritas pelo médico para o tratamento das enfermidades. Observamos entre as reclamações do Sr. J Gaillard, as febres, cansaço e dores nos braços e pernas. Houve também uma dúvida, embora momentânea, da real eficácia dos tratamentos prescritos pelo médico, já que o enfermo se espanta ao constatar que mesmo com a terapêutica antes aplicada e seu possível sintoma de melhora, continua sofrendo com dores e febres. Outro elemento importante do relato transcrito, foi as descrições das terapêuticas aplicadas pelo médico. Nesse ponto identificamos duas formas comuns de se tratar certas doenças: os caldos e os banhos (PIMENTA, 2003).

Os relatos descritos anteriormente nos possibilitaram observar dois exemplos similares de atuação médica, embora pertencentes a segmentos socioprofissionais diferentes. Essa análise nos permitiu também acessar a fala dos pacientes, o que será trabalhado mais especificamente em nosso próximo personagem. Ao ampliar essa possibilidade de análise, conseguimos entender como o enfermo poderia questionar a terapêutica, o valor cobrado pelo serviço e o direito do próprio médico de atuar. Sobre essa perspectiva, ampliamos o acesso aos múltiplos personagens que atuavam no mercado de cura.

⁵⁰Arquivo Nacional. Antonio Jogand, cx 768, n 1859, f 116.

2.3 Mercado médico e seus múltiplos personagens

Ao longo da pesquisa, nos deparamos com várias possibilidades de análise do material coletado referentes a atuação dos médicos no mercado de cura. A partir dessa possibilidade, conseguimos identificar e trabalhar com a trajetória de múltiplos personagens, que nos permitiram chegar um pouco mais próximo dos seus cotidianos, como no caso abaixo.

O dr. Lacaille⁵¹ entrou com uma ação civil junto ao inventário do Capitão e fazendeiro José Pedro de Mattos, em que alegava que havia prestado serviços médicos não pagos por um longo período de tempo, mais especificamente entre 1848 e 1864. O médico reclamava por setenta e quatro visitas em Laranjeiras, operações em dois escravos, além de tratamento para toda a família. Por sua parte, a viúva se negou a pagar os serviços médicos, alegando que o dr. Lacaille era amigo da família, casado com uma sobrinha do falecido. Sempre que o médico fazia uma visita, desfrutava das acomodações da fazenda e, por generosidade, oferecia seus serviços como médico. Embora a viúva usasse como argumento inicial a intimidade entre o médico e o fazendeiro, o debate que o advogado da viúva trouxe ao processo foi decorrente do exercício ilegal da medicina. Segundo o advogado, o médico não poderia exercer a medicina porque não estaria habilitado perante as exigências do regimento de 29 de setembro de 1851,⁵² argumentando que o exercício da medicina não é livre e que deveria observar as condições do regimento citado. Com essa argumentação, a defesa ganhou a causa. Apelando para o tribunal da relação, segunda instância jurídica do Império, o advogado do médico alegou que o mesmo apresentou seu diploma para validação em 4 de julho de 1851 na Câmara Municipal de Magé sendo oficial de saúde francês desde de 1840. Nesse ponto obtivemos um importante relato da trajetória profissional do médico, trajetória semelhante a vários médicos estrangeiros radicados no Brasil do período. Nos documentos constam que o médico era Cavaleiro de Lacaille, natural da ilha de Reunião, possessão francesa, aprovado em prova pública na

⁵¹Batista Lacaille, Código de referência BU.O.RCI.1711

⁵² Tais exigências seriam: "Art. 28. Os Médicos, Cirurgiões, Boticários, Dentistas e Parteiras apresentarão os seus diplomas, na Côrte e Província do Rio de Janeiro, á Junta Central, e nas Províncias, ás Commissões e aos Provedores de Saúde Publica. Em hum livro destinado para a matricula se inscreverá o nome do individuo, a que pertence o diploma; a profissão a que se refere e a Corporação que o conferiu; o que feito o Presidente da Junta Central ou da Comissão ou o Provedor de Saúde Publica lançará nas costas do diploma o - Visto - e assignarão. Os formados em Universidades ou Escolas estrangeiras, cujos diplomas não tenham sido legalizado pelas Faculdades de Medicina do Império, ou não estiverem compreendido nos dois antecedentes Artigos, não serão inscriptos nos livros da matricula." (BRASIL, 1851 ,p. 259, vol 14).

Universidade de Roma, onde obteve o diploma em 1866. Antes disso, foi aluno interno do hospital da colônia da ilha de Borbon desde 1837 e nomeado oficial de saúde em 1840. Desde 1849 era médico da legião francesa na corte, ajudando inclusive na epidemia de febre amarela. Como última alegação seu advogado descreve:

(...) O espírito do decreto e sujeitar a matrícula na Junta Central de Higiene Pública todas as pessoas que exerceram a medicina a fim de evitar que tão importante sciencia possa ser exercida por pessoas inábeis, sem aptidão profissional. Antes porem da promulgação do decreto, esse serviço incumbia as câmaras municipais. Era perante eles que os médicos e pharmaceuticos se habilitavam para exercer a profissão. (...) O Dr João Baptista Lacaille aferiu o seu dever perante a câmara Municipal de Magé requerendo a matrícula do seu título na data de 4 de junho de 1851. Despacho anterior a promulgação do decreto 828(...).⁵³

Como observado, a principal alegação da defesa do médico era a validação do seu diploma antes do surgimento da Junta Central de Higiene Pública, realizando assim o procedimento correto de validação do diploma junto à Câmara da Municipal de Magé. Além dessa defesa, o advogado remete a outras duas peças argumentativas: a condecoração do médico pelo governo francês e o fato de o mesmo exercer a medicina na corte por mais de 25 anos, sendo inverossímil a acusação de charlatão.

Como alegação final no tribunal de segunda instância, o advogado da fazendeira escreve que o diploma só foi validado na Câmara Municipal de Magé no ano de 1853, logo posteriormente às resoluções de 1851. Cabendo assim, a Junta Central de Higiene Pública a validação do diploma e não mais as câmaras municipais. Admite também que Lacaille nunca foi um charlatão, "pois charlatão é um impostor, que vende específicos nas praças Públicas", apenas não tinha autorização para praticar a medicina no Brasil, portanto não poderia cobrar os honorários médicos. Com essas argumentações e provas, o médico perde a causa em segunda instância. O fato mais curioso dessa trajetória significativa foi que ao final do processo, o dr. Lacaille virou réu por exercer ilegalmente a medicina e foi condenado a pagar multa, além de ser submetido a um teste na faculdade de medicina para poder continuar a exercer seu ofício.

A análise do processo referente ao dr. Lacaille, nos trouxe elementos para apontar as diferenciações sociais que os médicos estrangeiros sofriam. Mesmo com larga prática curativa, ou mesmo com diploma oficial expedido, por sua posição de

⁵³Batista Lacaille, Código de referência BU.O.RCI.1711, fl 110

estrangeiro em uma sociedade que valorizava as relações de compadrio, muitos médicos acabavam sendo questionados sobre sua possibilidade de atuar legalmente. Esse status legal acabava aproximando-os juridicamente dos curandeiros populares não autorizados ao exercício da cura.

Pelo próprio caráter competitivo do mercado e a necessidade dos médicos de receberem pelo tratamento que faziam, uma prática recorrente era a cobrança dos seus serviços mesmo com a morte de seus pacientes, através de seus inventários e bens. Nesse ponto, obtivemos acesso ao cruzamento de duas fontes essenciais na pesquisa para entendermos as agências dos atores do mercado de cura carioca, as cobranças dos honorários médicos e os inventários dos pacientes falecidos. Dentro dessa chave de análise, contabilizamos cerca de sete casos, incluindo nesses exemplos casos já citados do dr. João Batista Lacaille. Após a morte do paciente, era possível a cobrança do médico por seus serviços aos herdeiros dos bens do falecido, sendo a eficácia do tratamento um fator não preponderante para a cobrança da dívida. Na maioria das vezes, o pagamento era efetuado sem questionamento do mérito dos serviços prestados. Nesse espectro estão inseridos tratamentos que vão desde simples consultas até cirurgias. Foi o caso da cobrança feita pelo médico Antonio Candido Guimarães.⁵⁴

Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese "Da Operação de Verão", defendida no ano de 1861, anunciou seus serviços no Almanaque Laemmert por dez anos, entre os anos de 1864 até 1874. Primeiramente, na rua de São Pedro, número 56, e nos cinco anos finais, na rua Municipal, número 1. No ano de 1873, o médico entrou com pedido de pagamento junto ao inventário de Antônio Maria dos Santos Bandeira, cuja inventariante era sua esposa Dona Maria Antonieta Bandeira, no valor de um conto de reis, como descrito no trecho abaixo:

Diz Alfredo Candido Guimarães que na qualidade de cirurgião do finado Antonio Maria dos Santos Bandeira em suas últimas moléstias servido a sua profissão que avalia 1:000\$000 e ainda não tendo sido pago não obstante ser para com suas mesma D. Maria Antonieta Bandeira (...). Mandar tirar da viúva e dos demais herdeiros, 30 dias visto serem desconhecidos a sua residência.⁵⁵

⁵⁴ Antonio Candido Guimarães, maço 743, n 11391

⁵⁵ Antonio Candido Guimarães, maço 743, n 11391, fl 3.

No desenrolar desse processo, o médico, que era genro do comendador Antonio Tavares Guerra, entrou em uma briga judicial com sua sogra e acabou herdando a administração da companhia comercial do sogro. No mesmo ano do acontecido, o médico parou de anunciar seus serviços no Almanaque Laemmert e provavelmente passou a viver de da companhia comercial.

Outro exemplo de cobrança médica presente nos inventários analisados foi o do médico Candido Emilio de Avelar⁵⁶. Natural do Rio de Janeiro, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1866 e anunciante no Almanaque Laemmert entre 1867-1869 na Rua da Prainha, 146, e em 1872, na Rua Visconde de Sapucaí, 29. Em seu anúncio, dizia-se especialista em moléstia das crianças, de pele, pulmonares e de coração. No seu inventário, constava a casa onde morava e praticava seu ofício, sobre a qual cobrava-se dívida de dezoito mil reis referentes a um imposto devido à Fazenda Nacional e não pago pelo médico. Dentro do quadro de endividamento do médico, o que mais chamou atenção nesse caso foi que essas cobranças representaram o motivo para o doutor reclamar ao inventário de Joaquim Antonio Dias Leite o pagamento de seus serviços médicos. Ao todo, a dívida somava a importância de um conto e trezentos mil reis, os quais foram pagos pela viúva e herdeira do falecido.

No último caso, do dr. Henrique José Pires,⁵⁷ conseguimos analisar o momento em que essa prática poderia gerar grandes disputas judiciais. Obtivemos poucas informações referentes a trajetória pessoal do dr. Pires, mas pela ausência de seu nome nas listas dos médicos das Faculdades de Medicina, da Academia Imperial de Medicina ou de qualquer órgão de prestígio ligado ao seu ofício, trabalhamos com a hipótese de que o mesmo se encaixe na categoria desenvolvida nessa pesquisa de um médico ordinário. As únicas informações referentes a sua trajetória enquanto médico foram a sua formação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e seus anúncios no Almanaque Laemmert entre os anos de 1853 até 1858 na Rua Nova do Conde, número 144, e entre os anos de 1859 até 1862 na Rua do Príncipe, número 70. Seu relato, datado do ano de 1866, começou quando o doutor cobrava visitas feitas ao finado Manoel Joaquim Barbosa entre os anos de 1852 e 1855, como descrito a seguir:

Diz o doutor Henrique Jose Pires que o casal do finado Manoel Joaquim Ribeiro Barbosa lhe é devedor da importância de duzentas

⁵⁶Candido Emilio de Avelar, maço 2363, n 1394

⁵⁷Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 530, n 56

(200) visitas médicas que o suplicante lhe fez e a toda sua família desde de o ano de 1852 até fins de agosto de 1855 em um lugar denominado Andarahy Grande, distante da cidade mais de uma legoa alem do máu caminho, sendo que o suplicante ia em condução sempre paga à sua custa, e por algumas vezes à noite conforme a emergência ou gravidade da moléstia.⁵⁸

Nesse relato o médico reclamou, ao inventário do finado, o valor de duzentas visitas médicas referente a três anos de serviços a sua família. Observamos aqui um ponto curioso, que poderia ser interpretado como estratégia de valorização dos serviços. O dr. Henrique cobrou um valor relativamente mais alto do que normalmente caberia a mesma quantidade de visitas pelo fato do finado residir em um lugar distante, Andaraí, e por vezes as mesmas visitas serem de emergência.⁵⁹ No processo, o médico descreveu todas as doenças que tratou na família e nos seus mais de trinta escravos, citados a seguir:

Tratamento feito ao dono da casa: Catarro crônico da bexiga, que se estabeleceu várias vezes. Bronquites, mais ou menos graves. Colites incômodo hemorroidas. Tratamento feitos duas filhas que moravam em sua companhia: foram tratadas por duas vezes de febre perniciosa, com sintomas graves; suspensão de transpiração; bronquites; anginas e dilatação de quatro [...]na região palma do pé feita em sua filha Maria. Tratamento feito aos escravos: em número superior a trinta. Febres diversas, diarreias, desistiria, anginas, bexigas , sarampos , bronquites, pneumonia, colites, feridas, úlceras syfiliticas- gonorreias, cancros venéreos, bulbões. A distância he de mais de uma légua da cidade, e caminho. As curas se efetuarão em mais ou menos tempo, conforme os sintomas mais ou menos graves, com que vinham revestidas as enfermidades. As visitas serão feitas em todas as estações do ano, e em condução paga por mim. Algumas destas visitas

⁵⁸Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 530, n 56, fl 4

⁵⁹segundo o regimento de 1810 da fisicatura mor que regulava a questão dos valores das visitas em sua sessão XXXIV: "Os Boticários , Médicos , e Cirurgiões , que substituem na sua falta a assistência de alguns enfermos , cobrará o as dívidas dos medicamentos , e curativos executivamente perante o Juiz Commissario, como Juiz privativo, para se animar a sua prontidão em acudir ás necessidades do público , e a subsistência de pessoas tão úteis , e recomendáveis nos estabelecimentos políticos ; porem para o receituário dos Boticários ser admittido em Juizo , deverá ser assinado pelas partes, ou pelos Professores, que as receitarão, declarando o nome do enfermo , ou dono da caza , para onde forão os medicamentos ; e os Médicos , e Cirurgiões referidos , antes que requeirão o executivo , pedirá ao Juizo da Comissão a louvarão do que merecem , segundo as circunstancias , citada a parte , e serão Arbitradores dois Médicos, que teião cada hum mil e duzentos reis , o Juiz dois mil reis , e o Escrivão o que manda o Regimento dos Corregedores : Com Certidão deste termo de louvacão se requererá o executivo , ainda que a parte tenha appellado , ou aggravado para o Fyzico Mór do Reino do dito julgado ; pois que estes actos em semelhantes casos são feitos para demorar a satisfação do que devem. Os referidos Arbitradores não se deverão regular só pelo número das Visitas , mas também pela qualidade da enfermidade , mais ou menos difncil de curar-se , pelo trabalho que houve , pela distancia do enfermo , pelo tempo da cura , pelo incommodo da estação em que houve a assistência , pelo estilo , e uso das terras , e pela maior , ou menor possibilidade do enfermo."

foram feitas de noite, não podendo precisar exatamente o número destas por serem decorridos dois anos.⁶⁰

A título de visualização das informações descritas, formulamos um quadro com as informações de doenças tratadas e categoria dos enfermos apresentadas nesse caso. Antes é preciso chamar a atenção para o fato de que a doença que vitimou o inventariado não esteve explicitada nesse levantamento feito judicialmente.

Quadro 11: doenças tratadas pelo dr. Henrique José Pires

| Doentes | Tratamento |
|--------------|---|
| Dono da casa | Catarro Crônico da bexiga, Bronquites, Colites incômodo hemorroidas. |
| Duas filhas | febre perniciosa, com sintomas graves; suspensão de transpiração; bronquites; anginas e dilatação de quatro [...] na região palma do pé feita |
| Escravos | trinta febres diversas, diarreias, desistiria, anginas, bexigas , sarampos , bronquites , pneumonia, colites, feridas, ulceras syfiliticas-gonorreias, cancos venéreos, bulbões |

Fonte: Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 530, n 56.

Após a avaliação dos honorários, ficou fixada pelo avalista dr. Manoel Pereira da Silva, que cada visita teria o valor de duzentos mil reis, somando o valor total de quatro contos cento e vinte mil reis. O finado era um importante fazendeiro da região com os bens avaliados em cem contos de reis e mais de trinta escravos em sua chácara. Após essas considerações sobre o valor das visitas e a possibilidade do pagamento pelo inventário do falecido, a questão judicial girou em torno de como seria o pagamento dessa dívida. O médico ganhou a ação e a inventariante depositou cerca de quatro contos referente aos serviços prestados. O médico reclamou da quantia depositada alegando que o valor não levou em consideração a distância do local e as visitas de emergência. Nesse caso, identificamos como grande impasse para a resolução da questão uma desavença referente à penhora de um prédio pertencente ao inventário do falecido. O dr. Pires pediu a penhora do prédio entendendo que só com a penhora ele poderia adquirir o valor justo das visitas médicas. Nessa segunda parte da ação o médico foi derrotado e, assim, condenado a pagar os seus custos.

Ao considerar as trajetórias dos médicos através das disputas judiciais, obtivemos um rico material que nos proporcionou a possibilidade apontarmos como era os tratamentos prestados, as doenças relatadas e a quem o médico remete o pagamento

⁶⁰ Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 530, n 56, fl 5

dos seus honorários. Observamos como essas relações por vezes foram marcadas por conflitos, o que nos abriu uma janela de possibilidades para a análise da atuação médica no Rio de Janeiro, assim como as relações médicos-pacientes. Nesse sentido, conseguimos traçar um perfil de atuação dos médicos na corte e delimitar, de forma mais clara, algumas características dos médicos ordinários, como suas relações com os pacientes e com os médicos de forma geral.

3. Bens Médicos

Nossa principal preocupação no presente capítulo foi investigar o mercado de cura carioca. Para alcançarmos tal objetivo, na primeira parte apresentamos dados sobre a demografia, o crescimento populacional e a presença de médicos no mercado de cura da cidade, comparando-os com outros centros urbanos. Na segunda parte, analisamos as relações cotidianas entre os médicos e entre médicos e pacientes, parte fundamental para entendermos o mercado de cura no Rio de Janeiro. A partir dessas investigações, nos foi possível finalizar o estudo do mercado médico na cidade através da análise da renda dos médicos, tendo como parâmetro a média de renda geral da cidade. Ora, se existia um mercado competitivo e uma necessidade clara de inserir-se nesse mercado para obter o sustento, era imperativo entendermos sobre quais condições de renda a elite médica e, principalmente, os médicos ordinários estavam submetidos. Nesse tópico da pesquisa, tivemos a oportunidade de quantificar as posses dos médicos e inferir qual era a relação de seus rendimentos com os rendimentos das demais profissões.

Para acessar as informações sobre a renda média dos médicos, tomamos como parâmetro seus bens (imóveis urbanos, fazendas, escravos, entre outros) e possíveis rendimentos com consultas e aplicações (aluguéis, títulos da dívida pública, dentre outros); itens informados em seus inventários. Ao todo utilizamos os dados de 37 inventários⁶¹ arrolados a partir das listagens do Almanaque Laemmert. Através da soma e média dos valores de bens e rendimentos, conseguimos um panorama quantitativo da posição econômica/social dos médicos em relação aos outros ofícios. Assim, colhemos e analisamos informações referentes ao quanto os médicos dispunham em relação aos seus bens, qual era seu rendimento médio, qual sua condição de vida na cidade e como as alterações econômicas sofridas na corte, ao longo da segunda metade do XIX,

⁶¹ A relação dos inventários trabalhados se encontra no anexo 2 da presente tese.

impactaram suas receitas. Para tal análise, elaboramos uma tabela com nomes dos médicos, seus bens e valores que consta no segundo anexo dessa tese.

Nos dados referentes aos inventários, houve também a possibilidade de analisarmos os valores absolutos dos seus pertences e, a partir desse parâmetro, entender melhor as possibilidades de ganhos dos médicos e sua colocação econômica na sociedade carioca.

Ao analisar o conteúdo dessa documentação entendemos que embora a categoria de médicos ordinários, explorada até aqui no trabalho, se remeta aos médicos que não faziam parte da elite médica, eles não necessariamente viveram em condições precárias ou à margem da sociedade Imperial. Na maioria das vezes, através da documentação analisada, observamos que esses médicos pertenciam às camadas médias urbanas que viviam dos seus serviços. Para se manterem dentro desse segmento social, o médico necessitava dos seus ganhos obtidos através da atividade médica.

Ao delimitar a importância do mercado de cura para entendermos as divisões socioprofissionais dos médicos acadêmicos, entendemos a necessidade de debater o mercado de renda na corte na segunda metade do século XIX. Dúvidas sobre como eram os preços, a relação entre custo de vida e honorários médicos e a possibilidade de divisão social por rendimentos dentro do ofício médico, surgiram ao longo da análise do material utilizado. Para tanto, recorreremos aos estudos clássicos de Eulália Lobo sobre história econômica do Rio de Janeiro. Destacamos dois deles: "Estudo das categorias socioprofissionais, dos salários e do custo da alimentação no Rio de Janeiro de 1820 a 1930" e "História do Rio de Janeiro (do capital comercial ao capital industrial e financeiro)" datados de 1973 e 1978, respectivamente. Embora antigos, os trabalhos ainda figuram como referências atuais quando se necessita entender o mercado da corte no século XIX. Realçamos aqui a importante contribuição desses estudos ao fornecerem dados e análises sobre o preço dos alimentos, os rendimentos médios de várias categorias profissionais (desde médicos até pedreiros e serventes) e um completo quadro da evolução da renda na corte ao longo de toda a segunda metade do século XIX. Tais dados combinados com informações fornecidas pelos inventários médicos, nos possibilitaram entender melhor qual a posição econômica dos médicos no mercado carioca.

Um segundo estudo utilizado foi o de Carlos Eduardo Villa (2016), intitulado: "A Economia dos Negros Livres em Richmond e Rio de Janeiro." O autor nesse

trabalho atualiza alguns dados dos estudos clássicos sobre história econômica no Rio de Janeiro, incluído aí os trabalhos de Lobo (1973 e 1978) citados anteriormente. Sua ênfase foi nos impactos econômicos gerais que o processo de emancipação dos escravos promoveu na economia urbana do Rio de Janeiro. Essas modificações influenciaram diretamente as relações dos médicos acadêmicos com os demais praticantes de cura, assim como sua própria organização socioprofissional.

Sendo assim, iniciamos o presente tópico com o estudo das condições gerais de renda na corte ao longo das décadas do século XIX.

3.1 Condições gerais da renda na corte na primeira metade do século XIX

Ao trabalhar com as condições gerais de renda na corte, utilizamos o estudo de Eulália Lobo (1973), referência quando se trata de história econômica no Império. Nesse estudo, a autora analisa várias categorias profissionais atuantes na corte, dividindo em níveis de rendimentos.

No primeiro nível, com os ofícios com menor renda, observamos: operários da construção, pedreiros, serventes de obras, carpinteiro e pintor. No segundo nível, ainda de baixa renda: operários de manufaturas, de indústrias e ferreiros. No terceiro nível, intermediário, temos as categorias como cozinheiro, porteiro e ajudante de enfermaria. E no último nível, o mais elevado em relação à renda: médicos, farmacêuticos, barbeiro, advogado, capelão, professor, administrador e diretor de fábrica.

O primeiro ponto destacado foi a presença da remuneração médica, com um dos índices mais elevados para todo o século XIX. Na presente análise, com o objetivo de entender as condições de renda médica na corte, cruzamos os dados apresentados por Lobo (1973) com as várias fontes enumeradas ao longo da pesquisa e assim construímos nossa investigação sobre as décadas do século XIX.

Entre os primeiros anos da década de 1820 e o início da década de 1850, observamos que a renda dos trabalhadores foi fortemente influenciada pelo crescimento da cidade e as modificações da estrutura do mercado. Para o período, houve um aumento dos rendimentos das categorias como barbeiros e enfermeiros, em contraposição a um decréscimo dos níveis de renda das categorias mais altas, como advogados e médicos, objeto de nosso trabalho (LOBO, 1978). Mais especificamente, as décadas de 1840 e 1850 foram o período em que o café começou a despontar como principal produto da pauta de exportação brasileira, o que influenciou de forma

determinante na estabilidade econômica da corte. Essa crescente importância do café para a economia do Império ao longo do século XIX, pode ser traduzida em números. No ano de 1836 foram vendidas 700 mil arrobas de café e em 1861, esse montante mais que triplicou chegando a 3 milhões de arrobas. A maior produção também acompanhou um crescimento nos preços: em 1830, oscilavam perto de 4 mil reis a arroba para atingir o dobro, 8 mil reis no ano de 1862, em uma série contínua de aumentos (VILLA, 2016).

Com o aumento da atividade econômica, os preços dos produtos básicos de alimentação também foram impactados, a exemplo da farinha de mandioca, milho, arroz, feijão preto e a cachaça, que reduziram seus preços entre o ano de 1838 e 1850, expressão da melhoria de condições de vida que as classes mais baixas passavam nesse período. Com a expansão do mercado consumidor e os impactos vindos da migração e do fim do tráfico internacional de escravos, a corte passou por um período de introdução, mesmo que de forma inicial, no mercado internacional. Com isso, sua economia ficou mais sujeita a fatores externos que impactavam na variação dos preços e salários (VILLA, 2016, p.66)

Embora não trabalhem especificamente com as primeiras décadas, de 1820 até 1840, entendemos que houve uma tendência de aumento no número de médicos anunciantes na cidade, o que justifica retrocedermos nesse estudo algumas décadas. A tendência de aumento do número de médicos atuantes na corte, que estavam submetidos às condições econômicas anteriormente expostas pode ser observada através dos anúncios no Almanaque Laemmert. Ao trabalhar com o ano inicial de 1844 temos a presença de 87 anúncios médicos no Almanaque Laemmert, com um crescente aumento, chegando ao número de 236 médicos no ano de 1850. Embora os números sejam significativos nesses primeiros anos, dos 37 médicos com inventários trabalhados nesse tópico, não observamos nenhum referente a esse período, o que nos impossibilitou uma análise mais apurada sobre a renda médica. Por essa razão, acompanhamos as análises bibliográficas anteriores, que apontam para as duras condições de renda do ofício médico em geral.

3.2 Evolução da renda entre 1850 e 1880

No período correspondente às três décadas seguintes, de 1850 a 1880, observamos alguns impactos no mercado de trabalho e na produção de bens que influenciaram de forma decisiva o preço dos salários na corte. Os dois principais fatores

que apontamos foram o fim do tráfico internacional de escravos, que liberou capitais para outros investimentos, e o aumento da produção cafeeicultora no Vale do Paraíba, que demandou migração de mão de obra escrava da cidade para as áreas produtoras, acarretando um aumento no preço dos produtos de subsistência.

A tendência da elevação do poder aquisitivo dos assalariados foi baixa na década de 1850, principalmente pela alta dos preços alimentícios. Mesmo com períodos de melhoras sazonais, na década de 1870, houve uma queda no poder de compra em todas as categorias profissionais da corte, incluído aí os médicos. Com a guerra do Paraguai, houve um maior aprofundamento da crise, já que a produção de material bélico foi mais um fator para competir com a produção de alimentos, aumentando assim o preço dos mesmos. Somados a isso e à alta taxa de crescimento demográfico anual (4,4%), temos a introdução cada vez maior de alforriados no mercado de trabalho livre na corte, fatores fundamentais para o aumento da demanda e encarecimento dos produtos básicos (LOBO, 1978).

Grande parte dos nossos dados referentes aos inventários dos médicos corresponderam ao período entre os anos de 1850-1880. Dos 37 inventários, 21 foram desse período. Dividindo esses números pelas décadas, obtemos o seguinte panorama: em 1850 quatro inventários, 1860 dez inventários e em 1870 sete inventários.

Ao observarmos os números absolutos de bens e rendimentos dos médicos investigados, obtivemos a seguinte divisão: na década de 1850, dos quatro médicos arrolados, apenas dois tinham bens declarados em seus inventários: João Antônio de Barcellos e Joaquim Antonio Rodrigues Palmito. João Antônio, tinha seus bens avaliados em 2:708\$820, juntamente com uma casa na Rua Silveira Martins número 48, já Joaquim Antônio Rodrigues Palmito, doou o valor de oito apólices da dívida pública para o casamento de sua filha, no valor de 6:000\$000. Como mencionado anteriormente, nesse período observamos uma tendência de queda na renda da maior parte das categorias profissionais na corte, mas principalmente na faixa intermediária que incluía os médicos (LOBO, 1978), a partir desses dois dados da primeira década, comparamos com as demais e observamos possíveis variações e modificações.

Na década de 1860, com maior número de inventários analisados em toda a série, em 7 casos observamos a quantificação dos bens e rendimentos descritos. A faixa de renda observada variou entre 1 conto de réis até 8 contos, números próximos aos observados nos dois casos exemplificados na década anterior. A única exceção foi do

médico Frederico Doellinger⁶², que além de ter 4 escravos, tinha uma relação de bens totais que somavam mais de 52 contos de réis, extremamente desviante e fora da curva média. Dos inventários que não possuíam valores absolutos nos bens, destacamos o de Peregrino José Freire⁶³ e de José Leonardo de Azevedo⁶⁴, onde constam várias apólices da dívida, pelo menos 8 escravos e 4 casas. Embora os números totais de bens não estivessem presentes, a relação nominal dos mesmos bens aproximou-se do inventário do médico Frederico Doellinger.

Na última década do período, 1870, dos 7 médicos, em cinco casos observamos o valor dos bens e rendimentos dos médicos em seus inventários. Dos 5, apenas 2 mantêm o padrão observado no ano anterior, na faixa entre 1 a 8 contos de réis e três se enquadram em um padrão muito superior de renda, com bens avaliados, cada um, em 30 contos, 26 contos e 92 contos.

Ao longo das três décadas, observamos um padrão de faixas de bens e rendimentos. Uma faixa mediana entre 1 a 8 contos de réis, em que a maior parte dos nossos médicos se encontravam e uma faixa de renda superior a 10 contos, minoritária em quantidade de médicos. Se juntarmos as informações de renda⁶⁵ com os bens arrolados nos inventários, a distinção dessas duas faixas se torna ainda mais clara. Na primeira faixa, os bens estiveram mais relacionados a pequenas poupanças, apólices de dívida pública e imóveis, (que serviam como moradia e consultório). Na segunda faixa, observamos uma quantidade significativa de escravos, geralmente mais do que quatro, fazendas e propriedades além de poucas indicações de que o médico atuava na clínica médica.⁶⁶

⁶²Arquivo Nacional. João Frederico Doellinger, cx 1399, n 311

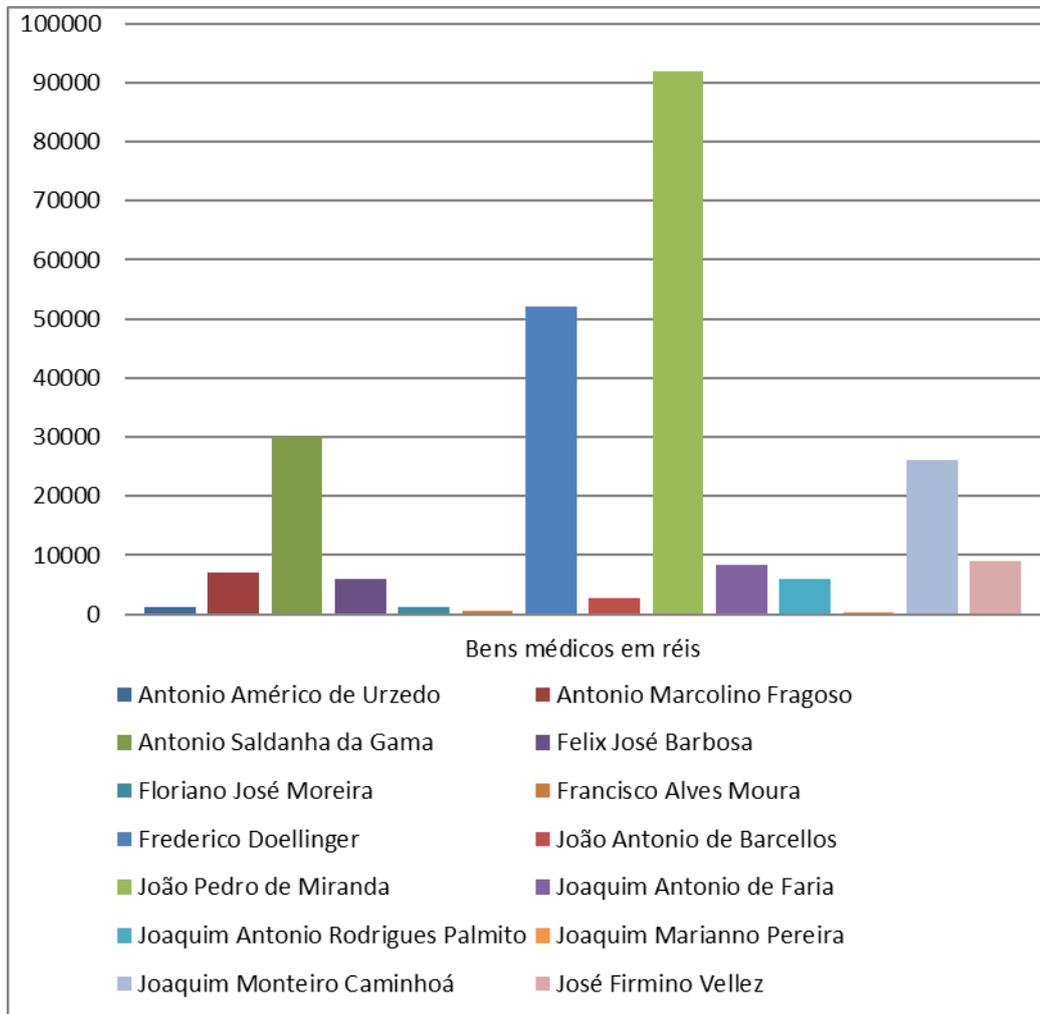
⁶³Arquivo Nacional. Peregrino José Freire, maço 445, n 5976

⁶⁴; Arquivo Nacional. José Leonardo de Azevedo, cx 1041, n 48

⁶⁵ Entendendo aqui renda como qualquer valor em dinheiro proveniente de trabalho ou dos rendimentos advindos dos bens.

⁶⁶ Todos os bens dos médicos e seus valores estão disponibilizados no anexo 2 dessa tese

Gráfico 6: Faixa de renda dos médicos analisados entre as décadas de 1850, 1860 e 1870



Fonte: Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, inventários post-mortem

3.3 Evolução da renda no período de 1880 até 1930

Para o período final da nossa pesquisa, o fator de maior impacto no mercado de trabalho e renda na corte foi o aumento significativo da produção fabril e, secundariamente, o incremento na infra-estrutura na produção do café. Entre 1872 até 1890, observamos um grande desenvolvimento no setor terciário, voltado principalmente ao comércio e ao crescimento das profissões liberais, com os números desses profissionais passando de 2383 em 1872 para 7133 em 1890, um crescimento proporcionalmente maior do que o da própria população. Se levarmos apenas em

consideração os médicos, esses números passaram, de pouco mais de 400 em 1872, para mais de 750 em 1889. Junto a esse quadro do mercado profissional, observamos uma baixa geral dos preços dos alimentos, o que proporcionou uma melhora nos padrões de consumo e no custo de vida, quadro que só se modificaria após a Lei Áurea e a Proclamação da República. Dentre os fatores que proporcionaram o aumento dos salários, podemos elencar a queda do custo de vida e o aumento de construções populares a partir da lei de 1882⁶⁷(LOBO, 1978). Podemos resumir o impacto das diversas políticas econômicas do Império, nos níveis de renda dos grupos assalariados da corte no período da segunda metade do XIX na forma que Eulália Lobo analisa:

No período de predomínio de produção escravista o setor marginal usufruía do benefício de produção de gêneros alimentícios em maior abundância nos subúrbios, no Estado do Rio e em regiões relativamente próximas. A desintegração da produção escravista prejudicou pela concorrência dos libertos, o padrão salarial dos livres nas fases da Guerra do Paraguai e da abolição total. As crises frequentes ligadas às exportações, à política orçamentária, de emissões e de créditos do governo para sustentar o café, agravavam as condições de vida dos grupos assalariados urbanos. Os primeiros surtos industriais do período da guerra do Paraguai e da II Guerra Mundial fizeram-se com uma compressão dos níveis salariais do operariado. (LOBO, 1978, p. 172)

Mesmo com as modificações observadas na década de 1880, os tipos de itens presentes nas relações de bens nos inventários dos médicos trabalhados se mantiveram quase que imutáveis. Dos 37 médicos com inventários, 7 correspondiam a década de 1880. Dos 7, quatro apresentaram relação de bens dentro da faixa mediana apresentadas na década de 1850, 60 e 70, ou seja entre 1 a 8 contos de réis. Os outros três não apresentavam relação de valores entre seus bens. Dos que não apresentavam valores absolutos de seus bens em seus inventários, dois tinham uma chácara e uma quantidade superior a 4 escravos, o que poderia ser enquadrado no segundo grupo de médicos com renda maior que 10 contos de réis elencados anteriormente.

Mesmo com as variações notadas no mercado de trabalho e renda nas décadas estudadas, conseguimos observar dois padrões de valores de bens pertencentes aos médicos analisados. O primeiro, na faixa entre 1 até 8 contos de réis, representava os médicos com menor renda, que apresentavam a necessidade da prática médica para obter seus proventos. Nossa hipótese é que os médicos "ordinários" se encontravam

⁶⁷ O Estado concedia privilégios de impostos a quem construísse casas populares e higiênicas.

nessa faixa de renda. No segundo grupo, com renda superior a 10 contos de réis, encontramos dois tipos de elite médica. Os que praticavam a medicina e estavam presentes nas Academias e Faculdades de Medicina e os médicos com grandes propriedades e um número considerável de escravos, esses seriam os representantes de outro tipo de elite médica, que embora formados em medicina, não precisavam da sua prática enquanto meio de obtenção de renda. A partir dessas constatações, conseguimos delimitar com certa precisão uma possível faixa de rendimento em que podemos enquadrar os médicos ordinários, fator essencial para nossa construção dessa subcategoria socioprofissional da medicina acadêmica.

3.4 Preços dos Alimentos

Visto as condições gerais do mercado e da renda na corte durante a segunda metade do século XIX, cabe agora a análise específica dos preços alimentícios básicos, para melhor entendermos as condições de vida dos médicos analisados.

A maior quantidade de itens citados nos inventários foi referente a objetos pessoais (móveis, joias e roupas), imóveis e dívidas a serem cobradas da Fazenda Nacional. Além das relações dos itens, conseguimos obter uma boa amostra dos valores totais pertencentes aos espólios dos médicos. Entendemos que em um universo de cinco mil médicos presentes no Almanaque Laemmert, a análise de apenas trinta e sete indivíduos não pode ser encarada como um trabalho quantitativo, mas sim uma possibilidade de exemplificação da renda médica para o período. Ao obter esses dados comparamos com o preço dos alimentos, moradias e serviços gerais ao longo do século XIX no Rio de Janeiro e obtivemos uma boa ideia da posição social dos médicos estudados.

O trabalho com séries quantitativas em períodos extensos anteriores ao século XX apresenta uma gama de dificuldades relacionada à conservação de arquivos e à própria dinâmica econômica das sociedades pré-industriais. Nesse tocante, ao escolher acompanhar a evolução do preço de alguns produtos alimentícios básicos, podemos ter ideia do custo de vida na corte ao longo da segunda metade do século XIX. Ao compararmos esses dados com os obtidos nas relações de bens dos médicos, poderemos ter uma ideia de quais eram as possibilidades econômicas dessa categoria e como era a relação de sua renda como custo de vida na cidade, entendendo assim a posição social dos médicos que estamos analisando.

Para tanto, mais uma vez, tomamos como base o trabalho de Eulália Lobo (1973) recuperando os dados que a autora apresentou em relação aos produtos básicos alimentares. Os produtos foram: feijão preto, arroz, carne seca do Prata, farinha de mandioca, farinha de trigo, açúcar mascavo, café, bacalhau, toucinho de Minas Gerais, azeite de iluminação e pano de algodão, com suas várias subcategorias. Tais levantamentos foram feitos, pela autora, nos arquivos da Santa Casa de Misericórdia; da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência e no Jornal do Comércio.

A tendência geral da evolução dos preços na corte foi um gradual aumento inflacionário a partir da segunda metade do século XIX, como observado anteriormente. Nesse ponto podemos inferir a presença de três períodos distintos na análise. O primeiro, da chegada da família real até 1823, como um período inflacionário decorrente do aumento da emissão de papel moeda, da população e da circulação de meios de pagamento; um segundo período de estabilidade relativa de 1832 até 1850; e, por último, um terceiro período de aumento gradual da inflação (LOBO, 1973). Nosso corte cronológico e analítico se ateve ao terceiro período, englobando as décadas de 1840 até 1889.

Para a década inicial de nossa análise, 1840, Villa (2016) realizou um levantamento do preço médio de cada produto da sexta básica da alimentação carioca e com essas informações, pode traçar um preço médio em réis da alimentação básica por dia. Os produtos foram: farinha de trigo a preço médio de 7\$550 a saca; feijão preto, 6\$500; carne seca, 2\$060; farinha de mandioca, 3\$520; e toucinho, 4\$783. A partir dessa média, o autor produziu um índice mínimo de valor pago por essa dieta ao dia, pensando esse tipo de alimentação como a oferta de alimentos básica disponível para a população mais pobre. Em 1838, o gasto básico diário com alimentação era de 96 réis, em 1842 esse valor foi para 64 réis, em 1847 76 réis. No mesmo período, o rendimento básico de um escravo ao ganhar sem especialização, categoria mais básica de trabalhador da Corte, girava em torno de 10 a 12 mil réis nos anúncios de aluguéis do Jornal do Comércio (VILLA, 2016). Esses números apontam para uma estabilização dos preços da dieta básica da população, o que impactou diretamente nos índices inflacionários para o período e na relação entre custo de alimentação e salário.

De posse das informações dos preços da alimentação básica diária, assim como da média salarial mais básica no período, comparamos esses dados com os bens dos médicos divididos nas duas faixas de renda trabalhadas anteriormente e nos preços das

visitas cobradas. Além das informações citadas anteriormente, Lobo (1973) fornece uma tabela comparativa entre o preço básico da alimentação e a porcentagem do salário de várias categorias. Na década de 1850, o valor diário para a alimentação básica da população mais pobre era cerca de 76 réis. Comparando esse valor com a média de 1 a 8 contos de réis referentes aos rendimentos da primeira faixa de bens médicos analisados nos inventários, concluímos que os médicos não figuravam nas camadas pobres ou de baixa renda, estando mais próximos às classes médias urbanas. Essa afirmação é confirmada quando olhamos a porcentagem de renda que era gasta pelo médico para a alimentação mensal, em torno de 10 % nos anos iniciais da análise. Em comparação os mais pobres gastavam cerca de 20% de seus rendimentos (LOBO, 1973). Se compararmos o salário mensal mais baixo, cerca de 12.000 réis, com a média dos valores referentes aos pedidos de pagamento de honorários médicos, observamos que com apenas 3 visitas o médico poderia chegar a esse montante. A média do valor das reclamações de pagamento de honorários médicos esteve entre o mínimo de 3.000 e o máximo de 9.500 réis por visita. As variações desse valor entre as 3 décadas mais trabalhadas, 1850 até 1880 foram mínimas. Se levarmos em consideração a possibilidade de o médico realizar uma média de três visitas ao dia⁶⁸ com quatro dias semanais de trabalho, o que representava algo em torno de 16 dias de trabalho por mês, a média da remuneração do médico era de 200.000 réis, o que representava mais de 15 vezes o salário das categorias mais baixas. A partir dessa base de rendimento, sem levar em conta as outras possibilidades de rendas dos médicos, entendemos que os mesmos tinham a possibilidade de se alimentar, pagar um aluguel, se vestir e desfrutar de certo conforto.

Embora inseridos em um mercado altamente competitivo, entendemos que o médico ordinário, que representava a maior parte da categoria, vivia em uma faixa confortável de renda. Podendo, assim, desfrutar de uma vida cômoda na corte, muito embora sem a possibilidade de maiores luxos, reservados às classes mais abastadas.

A partir da década de 1850 observamos uma tendência geral para a elevação dos mesmos. Os preços dos produtos exportados - açúcar, algodão e café - passaram por um período de instabilidade de 1853 a 1860, seguidos por uma alta até 1864 e um quadriênio até 1868 de depressão. De 1868 até a crise geral de 1873, os preços das exportações, principalmente café, apresentaram uma alta. A partir da crise, no final das

⁶⁸ Média observada nos inventários e anúncios médicos nas fontes analisadas.

décadas de 1870 e 1880, uma nova queda. Ao compararmos a instabilidade dos preços dos produtos exportados com os de consumo interno observamos que os preços da farinha de trigo, do feijão e da farinha de mandioca conservaram-se em alta de 1853 a 1856. O preço do arroz e do açúcar mascavo tiveram alta durante 1851 até 1853, enquanto os preços do charque, bacalhau e manteiga, aumentaram de 1851 até 1855. Como observado, a tendência foi um aumento instável durante a década de 1850 para os produtos de consumo interno. Do final da década de 1850 até o ano de 1865, observamos um outro período de queda nesses produtos, sucedido por um alta significativa decorrente do período da guerra com o Paraguai, 1865-1870 (LOBO, 1973).

(...)poderia justificar a alta de 1865 a 1870, a guerra contra o Uruguai e Paraguai associada à depressão dos preços dos principais produtos de exportação e conseqüentemente restrição das importações, sobretudo de gêneros alimentícios preteridos pela compra de material bélico (LOBO, 1973, p. 248)

Após a guerra e, juntamente com um período de alta nos preços do café, o mecanismo deflacionário se estabeleceu até pelo menos o ano de 1889, último ano de nossa pesquisa. Dentre outros fatores, a abolição da escravidão influenciou decisivamente para o fim de duas décadas de deflação (LOBO, 1973). De modo geral, na segunda metade do século XIX, observamos um aumento geral nos preços maior para as classes médias urbanas, na qual se inserem os médicos, do que propriamente para as classes mais baixas.

Outro dado importante que podemos incluir quando debatemos o custo de vida na corte foram os preços dos escravos, já que a maior parte da população recorria à compra de escravos para o ganho como estratégia para obter renda (KARASCH, 2000). Em 1842 o preço de um escravo adulto homem, girava em torno de 1:100\$000. Um escravo especializado, do sexo masculino que trabalhava em fábricas de vela (LOBO, 1973) chegou a 1:800\$000 em 1857, e baixou para cerca de 1:200\$000 no ano de 1864. Entre 1866 até 1872 o preço ficou estacionado em 1:000\$000. A partir de 1874, recorria-se de forma mais usual ao aluguel de escravos ao preço de 20\$000 réis por mês. O custo da alimentação desse mesmo escravo entre os anos de 1856 até 1874 elevou-se em torno de 80%. De 320 réis por dia no ano inicial, para 400 réis para o ano final. Os trabalhadores livres que exerciam a mesma função tinham um custo de alimentação de

666 réis dia no ano inicial e 1.500 réis dia no ano final. Para o ano de 1863, pagava-se para o colono livre empregado na fábrica um salário de 10.000 réis por mês, bem abaixo das taxas médias em 1858 dos rendimentos de um pedreiro livre, que girava em torno de 44.200 réis.

Todos esses dados estatísticos foram compilados por Lobo (1973) em uma tabela que nos forneceu informações sobre o consumo per capita de alimentos de uma família de sete pessoas em relação a renda da mesma. Nessa comparação, o destaque deu-se em três ofícios específicos: Serventes, Pedreiro, Médico e escriturário.

**Quadro 12: Orçamento mensal de uma família de sete pessoas
Porcentagem do consumo alimentício per capita sobre o salário**

| Profissão | 1844 | 1853 | 1870 | 1898 |
|--------------|------|------|------|------|
| Servente | 20,7 | 20,0 | 19,9 | 15,5 |
| Pedreiro | 11,1 | 11,8 | 13,5 | 9,2 |
| Médico | 8,9 | 10,5 | 17,1 | 10,0 |
| Escriturário | 5,2 | 7,8 | 6,6 | 5,1 |

Fonte: Lobo, 1973

Como observado na tabela, o momento em que o preço dos alimentos básicos pesa mais no orçamento dos médicos, correspondeu à década de 1870 na qual houve uma relativa estabilização do número de médicos oferecendo seus serviços na corte. Mesmo na década de 1870, observamos um aumento geral dos preços, no ofício médico isso é mais significativo. Conseguimos observar certo achatamento de faixas de renda entre as categorias estudadas. O aumento do poder de compra de serventes e pedreiros ao mesmo tempo que uma diminuição em relação ao poder de compra dos médicos. Para as camadas sociais mais pobres, o valor inflacionário se estabilizou, e por conta do próprio preço da dieta básica, observamos uma melhoria na condição geral de vida. Já para as camadas intermediárias e altas, essa melhoria não foi observada. Houve uma estabilidade no poder de compra de médicos nas décadas de 1840 e 1850 com uma queda mais acentuada na década de 1870. Esses dados demonstraram um achatamento da condição social do médico no período, o que por sua vez acirrou a competitividade no mercado de cura e tornou a possibilidade de acesso aos empregos públicos, uma estratégia essencial.

O trabalho a partir da análise da renda dos médicos foi importante, pois ajudou a compreender melhor como eles estavam inseridos em relação ao mercado da Corte. A partir desse estudo, podemos observar duas faixas distintas de renda entre os médicos e,

assim, entender de forma mais detalhada o perfil econômico da elite médica e dos médicos ordinários. Demonstramos que, embora o mercado de cura fosse competitivo e com variações ao longo do período do estudado, o médico ordinário tinha, através dos seus rendimentos, a possibilidade de ter uma vida confortável, com acesso à maioria dos bens essenciais. Categorizamos os médicos ordinários como pertencentes a uma classe média urbana que disputava o mercado das profissões liberais e, quando tinha oportunidade, se assegurava em posições profissionais de maior prestígio.

Capítulo 3

As especializações médicas como constituição do ofício

Ao longo da pesquisa, objetivando traçar um perfil da atuação dos médicos e, sobretudo, dos médicos ordinários na corte, observamos que tínhamos que necessariamente abordar alguns temas que, a nosso ver, foram essenciais para a formação desse grupo socioprofissional. No primeiro capítulo, conceituamos de forma breve o que eram os médicos ordinários e enumeramos algumas características dos mesmos. Prosseguindo com nossa pesquisa, debatemos a inserção desses médicos no mercado de cura carioca que, por suas características específicas, ajudou a moldar o que viria a ser o ofício médico na corte. A partir da pesquisa sobre o mercado médico, nos deparamos com algumas modificações significativas. No avançar da segunda metade do século XIX, os anúncios dos serviços médicos na cidade foram ganhando alguns traços diferentes. Uma das diferenciações observadas foi a inserção de um novo espaço de cura e atuação dos médicos: as casas de saúde. Esses lugares, em sua maioria, estavam ligados ao processo de especialização que o ofício médico sofreu no período.

Ao analisar a bibliografia sobre o tema, observamos que os processos que levaram à especialização médica em alguns países, como Inglaterra e países germânicos, passavam por fora dos locais de cura mais tradicionais, onde a elite médica daquelas localidades atuava (WEISZ, 2003). Ao oferecer um novo serviço especializado, os médicos conseguiam acessar novos clientes e encurtar caminhos para se inserir nesses grupos seletos, onde a chance de prosperar era maior. Partimos do pressuposto que, se novos lugares de cura e novos serviços estavam sendo prestados no mercado carioca, poderia haver um rearranjo de hierarquia médica. Nesse período específico, certos médicos ordinários poderiam tomar atalhos para galgar os locais de maior prestígio dentro da hierarquia médica. Esses rearranjos poderiam ser essenciais para entender como se delimitaram as hierarquias de cura através das modificações que o mercado e o ofício médico sofreram durante a passagem dos anos. Logo, se tornou essencial entender o processo de especialização médica para buscarmos o perfil de atuação dos médicos na corte.

Para trabalhar com a dinâmica do processo de especialização da medicina no Rio de Janeiro, produzimos os dados quantitativos através de duas fontes distintas: os

anúncios das listagens dos médicos no Almanaque Laemmert⁶⁹ e a seção de notabilidades do mesmo almanaque. Entendemos que, ao longo da segunda metade do século XIX, o processo de especialização da medicina acadêmica começou a se consolidar, fato que foi observado nos anúncios de médicos nas seções do Almanaque Laemmert. Especificamente na seção de notabilidades que começou a ser publicada no ano de 1857, conseguimos identificar várias especialidades descritas pelos mais diversos anunciantes. Ao mesmo tempo em que observamos um processo de profissionalização do campo médico, essa profissionalização foi acompanhada do processo de especialização do trabalho. Segundo Weisz (2003), tal processo só pode ser desenvolvido no período por conta do surgimento de pré-condições específicas. Bruce (2005) enumera tais pré-condições:

primeiramente, a necessidade de uma comunidade médica unificada, pois no contexto de uma medicina ampla e integrada o processo de segmentação da prática médica não representa uma ameaça. Em segundo lugar, o desejo coletivo de expandir as novas informações e experiências, devido ao estímulo gerado pela pesquisa clínica, e a constituição de circuitos específicos, formados por mestres e aprendizes, onde circulavam conhecimentos e inovações tecnológicas. E, por último, a presença de uma lógica centralizadora e racional, implementada inicialmente nos hospitais parisienses, transformando essas instituições em locais propícios para o desenvolvimento da pesquisa e da prática clínica (BRUCE, 2005, p. 6)

Entendemos que a análise do processo de especialização da medicina acadêmica no Rio de Janeiro passou necessariamente por compreendermos a presença desses pressupostos gerais elencados anteriormente, mesmo ciente de que o caso brasileiro contém algumas especificidades que devem ser analisadas pormenorizadamente. Um exemplo diz respeito à necessidade de uma comunidade médica unificada. Mesmo com o processo de institucionalização da medicina e sua especialização, estamos cientes de que o corpo médico estava longe de se apresentar como unificado (EDLER, 1992) no período. Assim, o processo de especialização antes de ser uma unificação do corpo médico, se apresentou como um possível rearranjo dos atores dentro das várias divisões

⁶⁹O Almanaque Laemmert foi uma publicação que começou a circular no Rio de Janeiro a partir do ano de 1844 e se estendeu até as primeiras décadas do século XX. Em suas páginas se encontrava um detalhado inventário dos espaços públicos e privados da cidade do Rio de Janeiro e interior da província. Os anúncios eram tão diversos que incluíam: serviços profissionais, periódicos publicados na corte, instituições religiosas, sociedades de leituras, colégios, asilos e hospitais entre outras informações.

sociais da medicina oficial. Isso se explica quando observamos que, ao se especializar, o médico oferecia um novo serviço para a população, podendo subir na hierarquia médica e modificar a ordem socioprofissional estabelecida. Percebemos que mais do que uma pré-condição, a unificação da comunidade médica foi um processo (THOMPSON, 2011) intensificado a partir da segunda metade do século XIX, cheio de contradições, disputas e consensos. A partir desse processo observamos qual foi o impacto do desenvolvimento das especializações médicas numa maior institucionalização da medicina acadêmica e como isso influenciou a formação, consolidação e migração de grupos da elite médica e dos médicos ordinários.

Sendo assim, pretendemos estudar a presença dos médicos na cidade a partir dos anúncios. Como a delimitação das especialidades presentes na fonte analisada nos indica, havia um ambiente do ofício em plena modificação, fragmentação e especialização. Assim, desenvolveremos nesse capítulo um trabalho concentrado nos dados quantitativos coletados na pesquisa. Analisaremos a presença de médicos na cidade e seu processo de especialização a partir de tabelas, gráficos e planilhas, buscando entender como o processo de especialização da medicina esteve intimamente ligado à própria construção do ofício médico e suas várias divisões internas.

Nossa análise, embora tenda a abordar comparativamente o processo de especialização da medicina em várias localidades, terá um foco específico na cidade do Rio de Janeiro, espaço geográfico estudado nessa pesquisa.

3. 1 Especialização da medicina acadêmica

O processo de especialização da medicina acadêmica na cidade do Rio de Janeiro deve ser compreendido como parte de um movimento maior de especialização da medicina ocorrido a partir da segunda metade do século XIX no continente Europeu e nas Américas (BRUCE, 2005). Desse modo, procuraremos entender nesse primeiro tópico como ocorreu essa mudança nos EUA, Grã-Bretanha e França. A partir desses exemplos, podemos traçar graus comparativos, possíveis influências e diferenças para o Rio de Janeiro.

Objetivando compreender melhor o processo de especialização médica nos países anteriormente citados, encontramos nos trabalhos de Weisz (2003, 1997 e 1994) uma referência indispensável para essa análise. O autor chama a atenção para a necessidade, que surgiu a partir da segunda metade do século XIX, da implementação

de uma lógica da racionalidade administrativa na organização das sociedades. O surgimento das especializações médicas estaria também vinculado a essa lógica. Centrando primeiramente sua análise na cidade de Paris, o autor identifica um forte processo de controle e classificação da população na cidade. Tais métodos estariam presentes também na análise do sistema hospitalar parisiense, que, segundo o autor, foi um espaço específico de surgimento de condições singulares para o desenvolvimento do processo.

3.1.1 O modelo na França, Inglaterra e EUA

Na França, a gênese das especializações médicas estaria no movimento feito pela medicina oficial, a partir do século XVIII, de incorporação de algumas categorias das artes de cura aos conhecimentos reconhecidos e praticados pela medicina acadêmica. Dentre essas categorias podemos destacar a extração de dentes, operação de cataratas, parturição, cirurgias e sangria. A partir da década de 1840 em Paris e, posteriormente, por toda a Europa, iniciou-se o processo de unificação entre os cirurgiões e os médicos dedicados à clínica. Embora houvesse essa fragmentação da prática médica em suas várias especialidades, isso não significou uma desestruturação profissional dos médicos franceses (WEISZ, 2003), processo mais conturbado quando observamos as especificidades do caso inglês.

O modelo francês, mais especificamente parisiense, de desenvolvimento das especializações médicas foi pioneiro quando, a partir do século XIX, Paris se tornou um dos principais centros de produção e circulação de conhecimento médico. Nesse tocante, o papel das instituições médicas como as clínicas, hospitais, lazaretos e hospícios foi preponderante para a produção de conhecimento médico alinhado à Faculdade de Medicina de Paris (BRUCE, 2005).

Para Weisz (2003), o desenvolvimento das especialidades médicas em Paris, estaria intimamente ligado à lógica administrativa e racional desenvolvida pela ciência médica do período, presente nas instituições francesas de pesquisa desde pelo menos o século XVIII. O início desse movimento de fragmentação e especialização da medicina através das instituições médicas francesas pode ser observada no caso da Academia de Ciências de Paris. Em 1829, essa instituição orientou a divisão, dentro dos critérios da racionalidade administrativa, de seus membros em nove seções profissionais, que por sua vez influenciou a Faculdade de Medicina de Paris a se dividir em vinte e seis

cadeiras diferentes. Com clara preferência para as cadeiras clínicas em detrimento das teóricas, a divisão das cadeiras na faculdade estimulou a formação médico científica. O papel do Estado foi fundamental para a construção dessas especialidades, quando começou a se responsabilizar pela saúde do cidadão. Entendendo o Hospital como um lugar privilegiado de ensino, pesquisa e prática médica, o alinhamento do papel do Estado enquanto responsável pela saúde do cidadão levou a uma crescente especialização dentro dos hospitais em Paris da primeira metade do XIX. A partir das reformas hospitalares promovidas posteriormente à Revolução Francesa, os hospitais, como o Hotel Dieu, começaram a ser divididos em seções destinadas a especificidades de doenças e pacientes. No caso do Hotel Dieu, havia a divisão em quatro seções: maternidade, ala para insanos, doenças fétidas e doenças contagiosas (WEISZ, 2003). O autor chama atenção para o fato de que essas divisões dentro do Hospital não diziam respeito apenas a questões sobre a tipologia e a característica das doenças, mas também estavam relacionadas a uma grande premissa de identificação e classificação das populações. A separação entre pobres e ricos; mulheres, homens e crianças; doentes crônicos etc. Além da divisão no interior do próprio Hospital, se desenvolveram hospitais destinados exclusivamente a essas categorizações, sendo as instituições médicas parisienses de fundamental importância para o processo de especialização da medicina, como destaca Bruce:

As transformações que ocorreram nos estabelecimentos de saúde franceses entre o final do século XVIII e o início do XIX foram fundamentais no processo de desenvolvimento das especializações médicas, pois propiciaram um maior cuidado e atenção com os doentes, além de permitirem um leque de opções mais abrangentes para a pesquisa clínica dos médicos, agrupando uma quantidade de pacientes considerados ‘interessantes’ para cada especialista observar e estudar (BRUCE, 2005, p. 24).

Através da área de atuação dos médicos nos hospitais especializados parisienses, os mesmos acabam se tornando reconhecidos por seus pares e pela população em geral. Alinhado a esse prestígio e reconhecimento, esses médicos começam a fundar casas de saúde particulares destinadas às próprias especializações no período da passagem da primeira para a segunda metade do século XIX (BRUCE, 2005). Tais clínicas serviram de centros de difusão do conhecimento médico especializado e se constituíram como ferramentas fundamentais para o desenvolvimento das especializações.

Mesmo com todas as condições estruturais mais propícias para o desenvolvimento das especializações médicas em Paris, quando o processo se acelerou, a partir da virada do século XVIII para o século XIX, houve algumas resistências importantes como no caso dos cirurgiões. Por serem autoridade em determinados procedimentos cirúrgicos, não admitiam perder certo grau de prestígio, que poderia estar ameaçado com a consolidação do novo campo das especialidades. Observamos também algum grau de resistência ao processo nas elites:

Em 1859, a Congregação de Professores da Faculdade de Medicina de Paris rejeitou a proposta, elaborada pelo Ministro da Educação, que buscava introduzir o ensino especializado na instituição. Os professores alegaram que as disciplinas em questão eram ministradas nos cursos existentes, não se verificando uma real demanda pelas especializações. Na falta de um conhecimento sistemático das novas disciplinas, esses clínicos buscaram garantir a continuidade das concepções tradicionais sobre as doenças e defender seus interesses profissionais (BRUCE, 2005, p. 28).

Mesmo com a resistência de vários setores que compunham um campo médico, no caso francês a consolidação das especializações médicas foi facilitada em relação ao caso inglês. Podemos imputar a maior facilidade na França, devido à maior presença da elite médica no desenvolvimento das especializações. Fato sintomático foi a eleição, em 1862, do novo reitor da Faculdade de Medicina, Pierre-François-Olive Rayer, médico pessoal de Napoleão III e adepto das novas concepções da medicina. Em sua gestão foram criados cursos complementares ligados a certas especializações como doenças mentais e doenças da pele. Também foi responsável pela criação da Association Générale des Médecins de France (AGMF) em 1858, instituição fortemente identificada com as novas concepções de ciência médica e práticas laboratoriais, estimulando o desenvolvimento e consolidação do campo das especializações médicas dentro dos organismos tradicionais da elite médica.

O crescimento do campo das especialidades médicas na França se desenvolveu de forma semelhante e, certamente, influenciado pelo processo na Alemanha. Concomitantemente à reformulação do ensino na Alemanha na década de 1870, houve também a reestruturação do currículo na Faculdade de Medicina de Paris, introduzindo as especializações no currículo. A cooperação internacional e a circulação de jovens médicos foram incentivadas pelo governo, a fim de ampliar e manter seu prestígio

perante a comunidade médica internacional. Nessa década é que observamos o surgimento e ampliação da circulação dos periódicos médicos voltados às especializações, patrocinados principalmente pela elite médica pertencente à faculdade de medicina. Esses periódicos desenvolveram um papel fundamental na manutenção e fomentação das redes de atuação dos médicos especialistas(WEISZ, 2003).

Como no caso do Rio de Janeiro, em relação à profissionalização do campo médico (FERREIRA, 1996), em Paris os periódicos médicos tiveram um papel de destaque na consolidação das áreas especializadas, sendo responsáveis pela difusão e circulação do conhecimento das especialidades (BRUCE, 2005). Os primeiros periódicos a circular em Paris a partir do ano de 1839 com essa finalidade foram O L'Esculape: Journal des spécialités médico-chirurgicales e o Revue des spécialités et innovations médicales et chirurgicales (WEISZ, 2003). Os dois periódicos foram editados por médicos que se proclamavam especialistas. O primeiro por S. Funari (especialista em doença dos olhos) e o segundo por Vicent Duval (especialista em ortopedia), embora os dois jornais tivessem sido editados por médicos praticantes de especialidades distintas, os mesmos publicavam artigos das mais variadas especialidades. A partir desses dois marcos, passaram a circular por toda a Europa diversos jornais médicos especializados por toda a segunda metade do século XIX.

Nos diversos periódicos que circulavam por Paris, destacamos uma importante categoria que foi essencial para a análise elaborada por Weisz (1994) sobre a presença das especializações no período: os diretórios médicos. Essa categoria foi um importante gênero da literatura, que remonta ao almanaque astrológico medieval e que continha vários tipos de informações de ordem prática, incluindo listas de profissões. No próprio Diretório Médico Britânico, até a década de 1870, ainda se podia observar os calendários, os dias de encontros de sociedades científicas, datas históricas entre outras informações. Com o passar dos anos, as listas profissionais ganham cada vez mais importância nessas publicações:

Long before they abandoned calendars, directories had become primarily concerned with the representation not of time but of social space. As social life became increasingly complex from the seventeenth century on, individuals required practical guides to the intricate patchwork of institutions, groups, and persons that constituted their society. By the late seventeenth century there existed several different sorts of directories appearing at more or less regular intervals. One important category described the major elite institutions

and corporations of the nation, ranging from the royal family and state officials to lists of professionals like physicians, notaries, and lawyers; the *Almanach royal*, which appeared in France from 1699 until the twentieth century, and Debrett's *Royal Kalendar* (1765-1893) in Britain were among the most successful publications of this type. A second category, whose origins in Britain go back to lists of guild merchants of the fourteenth century, were trade and business directories, which especially proliferated in Britain. (Weisz, 1997, pp. 23 e 24)⁷⁰

Além das características listadas, podemos destacar o caráter comercial dos diretórios médicos, excetuando o diretório médico dos Estados Unidos que era editado pela associação médica norte-americana, a maior parte tinha como objetivo estratégico a atração da clientela. Em meados do século XIX, as publicações de medicamentos, casas de repouso e instrumentos profissionais ficaram cada vez mais presentes (WEISZ, 1997). Paralelo igual pode ser observado no Almanaque Laemmert, se entendermos, como proposto, essa publicação com características semelhantes aos diretórios médicos, mesmo sabendo que o mesmo se tratava de um Almanaque comercial geral da cidade do Rio de Janeiro.

Nesse ponto temos um importante debate sobre o caráter que vamos imputar ao Almanaque Laemmert. Observamos no Almanaque características importantes que referem-se aos diretórios médicos, mas em nossa avaliação não podemos interpretá-lo enquanto fonte enquadrada nessa classificação. No geral, os diretórios médicos eram publicações destinadas à divulgação e popularização de informações feitas por profissionais médicos para profissionais médicos, se atendo a esse objetivo mais restrito desse segmento. Como apontado anteriormente, o Almanaque Laemmert pode ser enquadrado mais precisamente enquanto um guia comercial geral da cidade do Rio de Janeiro do que uma publicação destinada ao público médico. Tendo em mente essa ressalva, mesmo com as limitações decorrentes do caráter geral dessa publicação, algumas de suas características e informações são imprescindíveis ao nosso estudo.

⁷⁰"Muito antes de abandonarem os calendários, os diretórios tinham se preocupado principalmente com a representação não do tempo, mas do espaço social. À medida que a vida social se tornava cada vez mais complexa a partir do século XVII, os indivíduos precisavam de guias práticos para a intrincada retalhos de instituições, grupos e pessoas que constituíam sua sociedade. No final do século XVII, existiam vários tipos diferentes de diretórios aparecendo em intervalos mais ou menos regulares. Uma categoria importante descrevia as principais instituições de elite e corporações da nação, desde a família real e funcionários do estado até listas de profissionais como médicos, notários e advogados; O *Almanach royal*, que apareceu na França de 1699 até o século XX, e o *Royal Kalendar* de Debrett (1765-1893) na Grã-Bretanha estavam entre as publicações mais bem sucedidas deste tipo. Uma segunda categoria, cujas origens na Grã-Bretanha se remontam a listas de comerciantes de guildas do século XIV, eram diretórios comerciais e de negócios, que proliferavam especialmente na Grã-Bretanha." (tradução livre)

Destacamos dois tipos de listagens que nos forneceram dados importantes pensando na questão da especialização médica. A primeira listagem se refere à seção Notabilidades. As notabilidades eram anúncios mais elaborados que continham em suas páginas divulgação de médicos, casas de saúde, farmácias e boticas. Nelas identificamos nomes de médicos, seus endereços, locais de atuação, entre outras informações; utilizamos os dados dessa seção desde seu primeiro ano, 1857 até o último ano de nossa pesquisa em 1889. A segunda seção relevante em nossa pesquisa foi a listagem geral do Almanaque. Nela identificamos nomes de médicos e outros indivíduos que exerciam ofícios de cura, juntamente com seu endereço de atuação, e a partir de 1882, sua especialidade. É no marco dessas duas seções em específico que trabalharemos o Almanaque Laemmert, pensando sua funcionalidade enquanto um diretório médico, pois se nos determos nesses marcos, obtemos características semelhantes e de extrema importância para esse o presente estudo.

O caráter comercial da maioria dos Diretórios publicados nos leva também à análise de qual público era majoritariamente seu comprador. Nesse sentido, na grande maioria dos casos, eram médicos. O grande volume de propagandas destinadas ao público médico contidas nessas publicações reafirma essa tese. Sendo assim, a própria circulação de conhecimento e conformação do campo médico passou por essa estratégia de divulgação de médicos para médicos. Nesse ponto temos uma diferenciação em torno do Almanaque Laemmert. Em trabalho anterior (DANTAS, 2013), conseguimos inferir que a circulação desse almanaque tinha destinação a um público mais amplo de moradores da cidade do Rio de Janeiro. O Almanaque, para além de demarcar o campo das especializações ou da circulação de conhecimento médico, era um importante instrumento de divulgação de serviços para a população da cidade. Sendo assim, os manuais de saúde popular ou os guias gerais e diretórios comerciais se aproximam mais do Almanaque Laemmert, do que os diretórios especializados presentes em Inglaterra, França e EUA.

O custo desses diretórios também incentivava a circulação dos mesmos. No caso de Paris, fomentando a competição e o surgimento de várias publicações do tipo ao longo da segunda metade do XIX. No final do século XIX, um diretório médico em Paris custava cerca de três francos, sendo assim acessível a grande parte dos médicos que atuava na cidade. Já as publicações dos EUA e da Inglaterra, por não enfrentarem uma competição maior, tinham os custos mais elevados (WEISZ, 1997). Por essas

características, a capacidade de atingir um grande número de médicos foi o principal estímulo para os anunciantes, inclusive alguns editando seus próprios diretórios.

Outra importante comparação é a questão do periodismo médico enquanto formador e divulgador do campo. Luiz Otávio Ferreira (1996) ao estudar os periódicos médicos da primeira metade do século XIX nos chamou a atenção: “Os periódicos, muito mais do que as reuniões acadêmicas formais, foram o espaço público de comunicação dos médicos entre eles e deles com os leigos, ou seja, com a sociedade letrada” (FERREIRA, 1996, p. 10). Destacando, assim, o caráter de definição do papel social da medicina nos momentos iniciais da sua institucionalização, o autor divide esse tipo de publicação em dois períodos distintos. A primeira fase corresponde ao período de 1827 até 1850, quando o movimento do periodismo médico esteve intimamente ligado à criação das primeiras instituições médicas brasileiras. A segunda fase, que englobou os anos entre 1860 e 1895, apresentou um predomínio dos periódicos independentes. Nesse período houve considerável aumento do número de publicações ligadas ao movimento de renovação do campo científico. Dentre essas duas fases, Ferreira (1996) atenta-se à primeira, por entender o papel dos periódicos médicos nesse período como instrumento de definição do papel social da medicina nos anos iniciais de seu processo de institucionalização: “[...], os periódicos dedicavam-se à legitimação social da medicina, objetivo perseguido através da difusão do conhecimento médico, da popularização da medicina e da ação pedagógica sobre os próprios médicos” (FERREIRA, 1996, p. 13).

Ao trabalhar com a referência dos diretórios médicos enquanto instrumentos de divulgação e consolidação das especializações, a comparação com o papel desempenhado pelo periodismo médico brasileiro foi fundamental. Embora não trabalhe com o Almanaque Laemmert enquanto um diretório médico ou mesmo um periódico médico, encontramos nessa fonte dentro do contexto estudado, semelhanças que contribuiriam para a comparação com as publicações anteriormente citadas.

Podemos identificar o nascimento desse tipo de publicação enquanto um movimento conjunto de valorização das ciências por parte das elites luso-brasileiras (FERREIRA, 1999). Os periódicos médicos estiveram alinhados em seu surgimento com as instituições médicas do período que se consolidavam ao longo da primeira metade do século XIX. Assim podemos destacar alguns importantes periódicos médicos do período: Propagador das Ciências Médicas (1827-28), Seminário de Saúde Pública

(1831-33), Diário de Saúde (1835-36), Revista Médica Fluminense(1835-41) e Revista Médica Brasileira (1841-43).

Como característica desses primeiros periódicos médicos brasileiros, destacamos: as dificuldades materiais e culturais para sua institucionalização e o conteúdo publicado. Quando analisamos as dificuldades de publicação dos periódicos, encontramos um cenário de plena disputa pelos espaços de atuação das várias práticas de cura, já que a própria medicina acadêmica com as concepções de medicina popular. Mesmo com tais percalços entendemos o periodismo médico inserido no processo conjunto de institucionalização e profissionalização da medicina acadêmica. Outra importante característica dos primeiros periódicos brasileiros se refere ao seu conteúdo. Inspirados no modelo europeu, os periódicos médicos brasileiros tiveram como prática publicar tradução de capítulos de livros, verbetes, dicionários, artigos e notícias; juntamente com uma atenção especial em divulgar as atividades da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829) e, posteriormente, da Academia Imperial de Medicina (1835) (FERREIRA, 1999).

Nesse ponto, destacamos um fator de diferenciação que envolve os três tipos de publicações que estamos comparando em nosso estudo: o Almanaque Laemmert, os diretórios médicos e os periódicos médicos e o público alvo de cada um. Se, por um lado, os diretórios médicos tinham como objetivo um público especializado, composto principalmente por médicos e o Almanaque Laemmert, enquanto almanaque geral da cidade, tinha a destinação para um público amplo; o periodismo médico tenta contemplar esses dois públicos. Desde o seu surgimento, os editores dos periódicos médicos sempre tiveram uma preocupação em falar para a sociedade. Nesse tocante, os trabalhos sobre higiene ganharam destaque nessas primeiras publicações:

A eleição da higiene como campo de diálogo entre a medicina e a sociedade e campo privilegiado de produção científica possibilita a compreensão não só do modo como determinadas doenças foram alçadas à condição de problemas de relevância social, mas também da forma como se deu a implantação do debate sobre os problemas sanitários do país. (FERREIRA, 1999, p. 331)

Como demonstrado, houve a preocupação em abordar questões de interesse do público em geral. Essa estratégia foi entendida como importante para a divulgação e consolidação de um determinado campo médico. Outra relevante pauta observada nas

páginas dos periódicos médicos do período foi a questão das epidemias. Nessas publicações eram travados verdadeiros debates científicos públicos sobre os sintomas, formas de propagação e cura das epidemias que assolavam a corte de tempos em tempos. O interessante é que esses embates eram de conhecimento do público letrado da época, que também eram sujeitos importantes dentro da disputa pública pelo campo.

Ainda que em nosso trabalho não abordemos de maneira mais detalhada a influência dos periódicos médicos frente ao surgimento e consolidação das especializações, é importante termos em mente essas publicações enquanto referência no processo que estava em curso. Processo que será mais detalhado dentro do nosso estudo através dos dados contidos no Almanaque Laemmert que apresentaremos no decorrer do texto.

Voltando à análise do caso parisiense, Weisz (2003) tem por caracterização a fluidez das informações contidas nesses diretórios. Tal fluidez ficou explícita nas identidades médicas que, muitas vezes, poderiam ser mudadas dependendo da afirmação do médico perante suas especialidades. Essa identidade das especializações foi sendo construída a partir das próprias informações dos diretórios que circulavam em Paris na segunda metade do XIX, processo de segmentação constituído na prática diária da cura.

Da década de 1870 até o final do século dezenove, observamos a consolidação do campo das especialidades médicas nos fóruns e lugares da elite médica parisiense, que segundo Weisz (2003) foi favorecida por alguns fatores: o poder de persuasão dos grupos que se dedicavam a determinadas disciplinas; a interferência de questões políticas e econômicas; o grau de desenvolvimento científico e tecnológico do campo, como ocorreu com a oftalmologia; e a influência do Estado. Assim, na passagem do século XIX para o XX, identificou-se uma expansão das especializações médicas que só teria algum tipo de controle a partir do fim da Segunda Guerra Mundial (WEISZ, 2003).

O caso londrino se caracterizou por apresentar especificidades em relação ao processo em Paris e na maior parte da Europa Continental. Em Londres, não se verificou a conjuntura institucional presente em Paris e nem um sistema educacional e hospitalar integrado à lógica da racionalidade administrativa, o que ocasionou a falta de uma comunidade médica unificada, dificultando em certos aspectos o surgimento das especialidades (BRUCE, 2005).

Na Inglaterra, ao não se desenvolver a lógica racional administrativa até o início do século XIX, o impacto das pesquisas científicas nas Universidades era quase que

irrelevante. Além disso, a nomeação para os cargos nos estabelecimentos médicos eram feitas através de relações pessoais em detrimento a uma racionalidade científica profissional (Weisz, 2003), cabendo assim às clínicas particulares especializadas, associadas à filantropia, o estímulo ao desenvolvimento das especialidades médicas. Essas instituições atenderiam majoritariamente grupos marginalizados como insanos e portadores de doenças venéreas. Por suas características específicas, tais clínicas atraíam parte da intelligentsia médica que estava à margem das instituições oficiais de produção do conhecimento, como as Universidades. Com o tempo e a formação de um campo de prestígio, essas instituições marginalizadas começaram a concorrer com as instituições da elite médica estabelecida. Nesse ponto, podemos fazer um paralelo com o que observamos no Rio de Janeiro. Nossa hipótese é que as casas de saúde - primeiro lugar onde as especialidades médicas estavam presentes - poderiam ter um papel semelhante às clínicas observadas na Inglaterra e também na Alemanha. Por suas características de serviço, poderiam ter proporcionado um rearranjo nas hierarquias dentro do ofício médico, característica que investigaremos nesse trabalho.

O surgimento e, posteriormente, a competição das novas clínicas médicas gerou um processo de disputa com as instituições tradicionais do ensino e prática da medicina, ocasionaram uma importante reação da elite médica londrina. As principais publicações médicas como: *The Lancet* e o *British Medical Journal* promoveram uma grande campanha contra o que, na opinião deles, era o nocivo processo de segmentação da medicina. Os próprios departamentos de especializações criados, posteriormente, nos hospitais londrinos foram ocupados por médicos que não tinham relação com as cadeiras de especialidades, eram sim representantes da tradicional elite médica.

Quando lidamos com as publicações dos diretórios médicos, esbarramos na mesma diferenciação do caso inglês frente ao caso francês. Na Grã-Bretanha, uma única publicação do gênero dominou o mercado, ainda que tenha sofrido concorrências esporádicas. O diretório médico de Londres, fundado em 1845, agregou outros menores e foi publicado por algumas décadas (WEISZ, 1997).

Só a partir da virada do século XIX para o XX é que, segundo Weisz (2003), foram amadurecidas as condições necessárias para a aceitação das especializações médicas na elite acadêmica. Tais características seriam: unificação e institucionalização da comunidade médica londrina, assimilação por parte da elite médica dos novos

fundamentos da medicina acadêmica e a presença do Estado em matérias referentes à saúde pública (BRUCE, 2005).

Nos EUA, conseguimos observar a estratégia de destaque que segmentos deram aos diretórios médicos. Mesmo sendo editados durante grande parte do século XIX, eles raramente tinham listagem de médicos. Um exemplo foi o *American Medical Almanach*, publicado anualmente a partir de 1839, que continha calendário, lista de escolas médicas, sociedades, revistas, mas era ausente a listagem de médicos. Tal ausência vinha da dificuldade de editar listas nacionais por conta do tamanho do território e suas leis de regulamentação do ofício serem distintas de estado para estado (WEISZ, 1997).

Comparativamente às outras localidades estudadas, nos EUA faltava uma lei de registros que unificasse minimamente todos os estados federados, fato que em maior ou menor grau era presente na Inglaterra e mais fortemente na França. Tais dificuldades podem ser expressas no exemplo do Diretório Médico dos Estados Unidos datado do ano de 1874. Nele estava presente uma rudimentar listagem de médicos, sendo que a mesma demorou segundo os editores, quinze anos para ser editada. Com todas essas dificuldades demonstradas, o diretório médico, enquanto instrumento para circulação dos saberes médicos, disputa e formação de um novo campo das ciências, só se consolida nos EUA a partir do final do século XIX. Mesmo dentro desse processo, os diretórios eram monopolizados pela Associação Médica Americana, que definia as linhas gerais do que era aceito e divulgado dentro do conhecimento médico, incluído o campo das especializações (WEISZ, 1997). Nesse aspecto, a própria identificação de médicos enquanto especialistas para o público era vista de forma antiética pela Associação Médica Americana, pois poderiam ser encarados como incentivos extras para a escolha do enfermo por determinados médicos, sendo assim desestimulados.

O caráter fragmentado da legislação dos EUA e a dificuldade referente à extensão do território, transformou o esforço da Associação Médica Americana (AMD) em unificar o campo algo bastante complicado. Dentro dessa perspectiva, a AMD, único órgão que conseguia minimamente, no final do século XIX, produzir alguma uniformidade na classe médica, dificilmente incentivava a produção de diretórios com lista de médicos por especializações, mais suscetíveis à fragmentação do que à unificação (WEISZ, 1997). Mesmo assim, em listagens especializadas encontradas no diretório da AMD, observa-se uma estratégia profissional de legitimar certos grupos de

especialidades e evitar outros. A própria inclusão das especialidades junto ao nome dos médicos na listagem não dependia apenas da autodeterminação, mas sim do enquadramento a uma série de condições rigorosas, como ser membro de uma associação estadual ou sociedade de especialistas reconhecidas pela AMD ou ter um cargo de professor em uma especialidade dentro de uma escola médica.

3.2 As especializações médicas no Rio de Janeiro

O desenvolvimento das especializações no Brasil esteve intimamente ligado às reformas nas Faculdades de Medicina promovidas a partir da segunda metade do século XIX. Influenciados por dois modelos - o francês e o germânico -, a partir da década de 1870, com as reformas médicas, se instituiu um campo mais propício para o desenvolvimento das especializações médicas, já que o modelo germânico representava uma estrutura baseada na liberdade de ensino e introdução de disciplinas práticas no currículo (EDLER, 1992). As novas disciplinas introduzidas no ensino médico no Rio de Janeiro a partir da reforma de orientação germânica foram essenciais para o desenvolvimento e ensino das especialidades médicas:

[...] o desenvolvimento das novas disciplinas, responsáveis pela transformação do saber médico, encontrou dificuldades de ser implementado nas escolas médicas francesas, devido à característica centralizadora dessas instituições, que retiravam das mãos dos professores o controle sobre o processo de ensino.

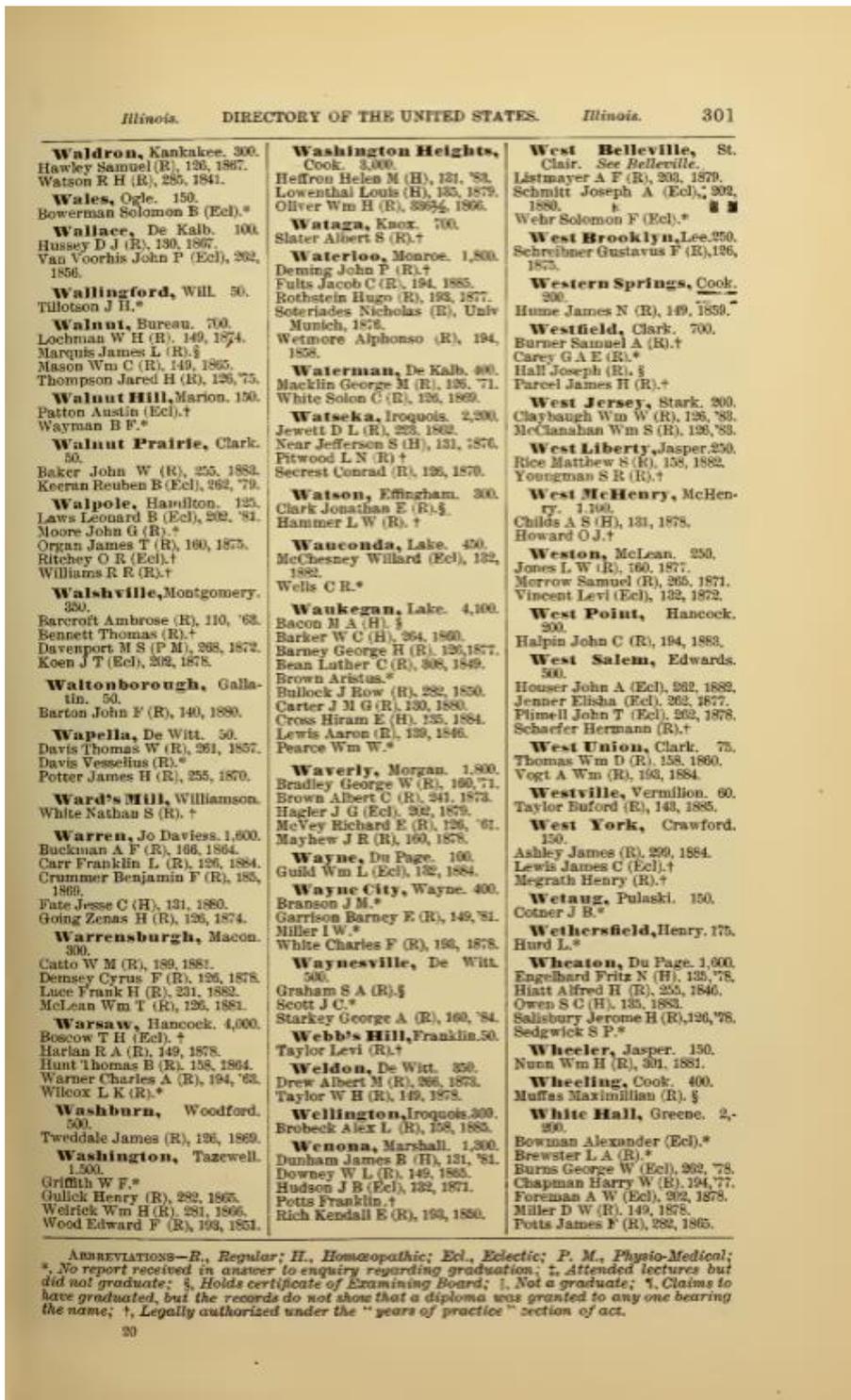
Ao contrário do que ocorria no modelo alemão, onde o método de seleção de professores favorecia o pesquisador original, na França, os concursos para agregados eram realizados em competições públicas que acabavam por premiar o melhor orador. O direito de permuta, isto é, o direito de troca de cátedras entre professores, revelava o despreço pela especialização, que se tornava cada vez mais relevante na formação médica (BRUCE, 2005, p.46).

Ao observar o começo da reforma do ensino médico, entendemos que mesmo que inicialmente ela tenha partido das elites médicas que compunham a faculdade de medicina do Rio de Janeiro, com a introdução da liberdade de ensino aos moldes do modelo germânico, houve a possibilidade de um rearranjo nos atores que participavam dos locais anteriormente monopolizados por essa mesma elite.

Nesse sentido, através das reformas médicas e da introdução de novos paradigmas para a ciência médica (EDLER, 1992), o estudo e consolidação das especializações médicas ganharam reconhecimento. Uma expressão desse processo que

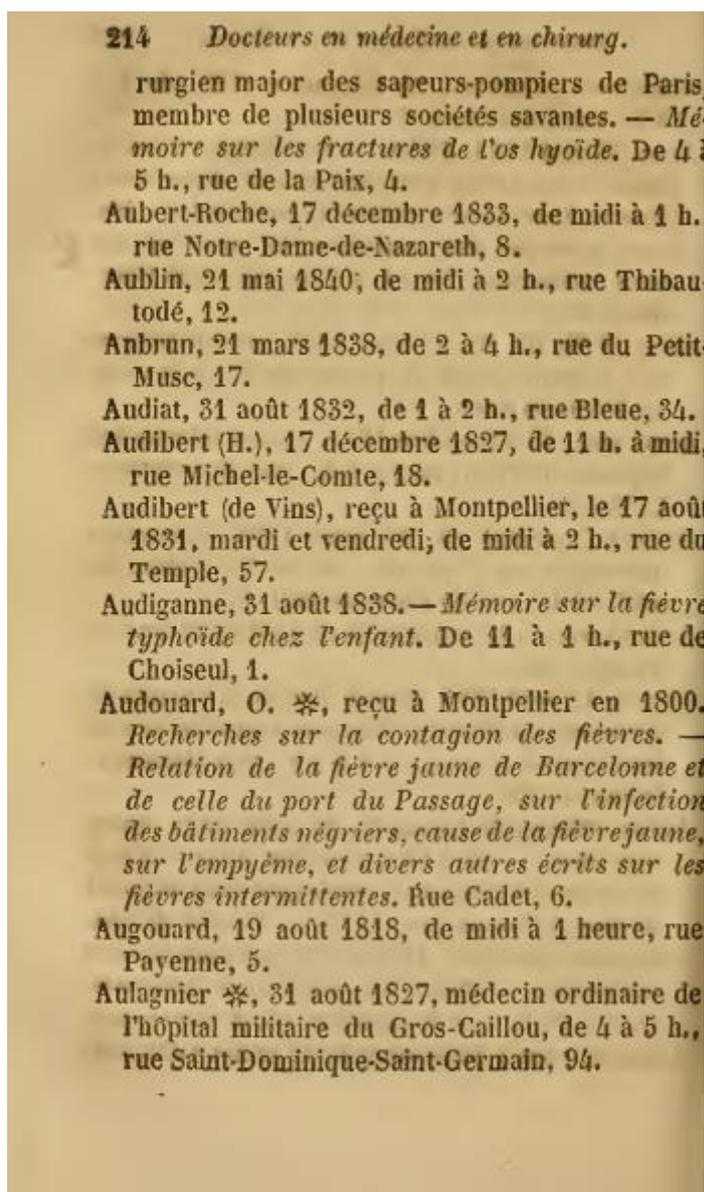
pretendo analisar foi a presença das especializações nos anúncios do Almanaque Laemmert que, embora não seja um diretório médico aos moldes dos modelos francês, inglês e norte americano, apresenta algumas características semelhantes, como listagens gerais de médicos que atuavam na cidade e seus anúncios divididos por especialidade. Essas informações foram de extrema relevância para o desenvolvimento do trabalho. Abaixo segue a imagens que ajudam a comparar o Almanaque Laemmert e os diretórios médicos dos EUA e da França, respectivamente, ilustrando as semelhanças.

Foto1: Diretório Médico dos Estados Unidos da América.



Fonte: Medical and surgical directory of the united states, R. L. Polk e Co., 1886.

Foto 2: Diretório médico da França



Fonte: Almanach général de médecine pour la ville de Paris, Librairie médicale et scientifique de Fortin Masson et., 1845.

É importante salientar que, neste capítulo, nosso foco de análise são os anúncios do Almanaque Laemmert e não os anunciantes. Mesmo com o foco nos anúncios, em determinados momentos citamos alguns exemplos de anunciantes, quando esses demonstraram trajetórias pertinentes para a análise dos anúncios. Ao focarmos na análise quantitativa dos anúncios médicos do Almanaque Laemmert, não excluímos dessa análise a elite médica. Trabalhamos com os dados gerais dos anúncios independente da origem do anunciante, com a única restrição de ser classificado como um anúncio médico dentro das listagens do almanaque. ao estudarmos a seção

notabilidades que, por seu caráter de anúncios mais complexos e caros, continha a presença de vários médicos da elite acadêmica explicitamos bem essa escolha.

Mesmo com a não exclusão dos anunciantes que pertenciam à elite médica, fizemos uma diferenciação para entendermos melhor qual a proporção de médicos ordinários estava presente como atuante dentro do campo das especializações. Para fazer tal distinção, utilizamos a categorização descrita no primeiro capítulo quando definimos os critérios para o grupo da elite médica e dos médicos ordinários. Ou seja, elite médica definiu-se como os médicos que atuavam em alguma instituição médica de prestígio (Faculdade de Medicina, Academia Imperial de Medicina, Santa Casa de Misericórdia); já os médicos ordinários deveriam ser formados, não pertencerem a nenhuma das instituições médicas mencionadas, dependerem das suas consultas para o seu sustento e ter bens e rendimentos avaliados na faixa entre 1 a 8 contos de réis.

A importância da divulgação dos serviços médicos através dos periódicos para a consolidação do campo das especialidades também pode ser observada no Brasil. A partir do ano de 1844 com a publicação do Almanaque Laemmert, podemos perceber as primeiras características de uma publicação que teria uma importância parecida com os diretórios médicos para a divulgação e consolidação das especialidades no Rio de Janeiro.

Através dessa caracterização podemos entender que boa parte das informações retiradas do Almanaque Laemmert são similares às informações dos diretórios médicos. Quando identificamos os anúncios médicos e os anúncios das demais artes de cura (cirurgiões⁷¹, barbeiros-sangradores, parteiras e boticários) contidas no Almanaque, conseguimos observar um começo de divisão por especialização dos saberes referentes a cura presente nessa publicação.

3.2.1 As especializações médicas entre 1857 e 1882

Ao trabalhar com a seção Notabilidades, onde os anúncios mais complexos apresentam um destaque maior, observamos a presença de especializações médicas já em seu primeiro ano de publicação em 1857. Especializações expressas em casos individuais como o dr. Garnier, que anunciava no ano de 1865 em um consultório na

⁷¹ Cirurgiões que apareceram enquanto categoria separada dos médicos só a partir da década de 1880.

Rua do Hospício, 53. Em seu anúncio, sua especialidade de destaque era: médico operador, especialista em moléstias urinárias, venéreas e das mulheres.⁷²

Foto 3: Exemplo de anúncio de especialidade

CONSULTORIOS.

53 RUA DO HOSPICIO 53

DOCTOR GARNIER

MEDICO-OPERADOR

Cavalleiro da Imperial Ordem da Rosa, membro da Imperial Academia de Medicina e do Instituto Pharmaceutico do Rio de Janeiro, antigo cirurgião da marinha franceza, ox-medico e cirurgião do Hospital da Misericordia da cidade de Angra dos Reis, cirurgião operador da casa de saude de S. Sebastião, cirurgião adjunto do hospital da beneficencia portugueza, etc.

Molestias das vias urinarias, venereas e das mulheres, tratadas por um methodo particular, tão commodo como efficaz, e sem perigo algum de accidentes.

Cura repentina dos estreitamentos da uretra, por operação praticada com instrumentos da invenção do Dr. Garnier, que não deixa comtudo de tratar pelo seu methodo particular antigo áquelles que receiarem expôr-se a hemorrhagias, outros accidentes provaveis e reincidencias, proprias de todo methodo de incisão ou excisão.

Consultas em seu gabinete das 10 horas ao meio dia : as outras horas são destinadas a qualquer chamado para todas as outras molestias.

RECADOS POR ESCRIPTO.

Fonte: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/almanak/al1865/00001457.html>, data de acesso: 01/12/2014.

Tais anúncios também apareciam de forma coletiva através das casas de saúde, tema que será analisado de forma mais específica no último tópico do presente capítulo. No mesmo ano de 1865, destacamos o anúncio da Casa de Saúde de Nossa Senhora da Ajuda e Maternidade, presente na Rua da Ajuda, 66 e 68. Nela, realçamos três grupos de especializações: clínica médica; clínica cirúrgica; e maternidade e moléstia especiais das mulheres⁷³. Destacamos o anúncio em sua íntegra abaixo:

⁷² Almanaque Laemmert, seção notabilidades, 1865, p. 3

⁷³ Almanaque Laemmert, seção de notabilidades, 1865, p. 6

Foto 4: Exemplo de anúncio de notabilidades

CASA DE SAUDE
DE
NOSSA SENHORA DA AJUDA
E
MATERNIDADE ANNEXA
66 E 68 RUA DA AJUDA 66 E 68

O Dr. Eiras, director e proprietario da Casa de Saude de Nossa Senhora da Ajuda e Maternidade annexa, annuncia que o serviço medico-cirurgico da mesma acha-se confiado aos facultativos abaixo mencionados, entre os quaes foi distribuido pelo modo seguinte:

| | |
|--|---|
| CLINICA MEDICA. | { Dr. Paula Costa. Dr. Torres-Homem. Dr. Eiras. |
| CLINICA CIRURGICA. | Dr. Matheus de Andrade. |
| MATERNIDADE E MOLESTIAS ESPECIAES ÁS MULHERES. | Dr. Feijó. |

São demais consultantes muitos outros praticos distinctos, e o estabelecimento continúa a ser, como até aqui, franqueado a todos os medicos ou cirurgiões que a elle queirão recolher os seus clientes, com o fim de trata-los ou opera-los.

Os preços são razoaveis e constão da tabella abaixo transcripta, havendo apenas alteração quanto ás parturientes, que, além da diaria, pagarão mais 20\$ pelo parto, quando **LIVRES**, e 10\$ quando **ESGRAVAS**.

Aos escravos e aos doentes livres, pouco abastados, nada se levará pelas operações, que serão gratuitas.

Os doentes serão recebidos a qualquer hora do dia ou da noite, e poderão ser visitados desde as 6 horas da manhã até ás 10 da noite.

Tabella dos preços.

| | |
|--|------------------------|
| Enfermarias, quartos ou salas. | de 3\$ a 10\$ diarios. |
| Enfermarias para escravos | 1\$600 rs. » |

Estes preços soffrerão redução para as associações e negociantes de escravos que estabelecerem contracto com a casa.

Fonte: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/almanak/al1865/00001457.html>, data de acesso: 01/12/2014.

Em nossa análise sobre a presença médica na cidade e desenvolvimento da profissionalização e especialização médica, trabalharemos com a seção “notabilidades”, já que é a seção que mais apresenta similitudes com os diretórios. Ao analisar as notabilidades sob essa perspectiva, na categorização dos diretórios médicos, podemos entender o processo de desenvolvimento das especializações médicas na cidade do Rio

de Janeiro, processo que encontrou conexões com os acontecimentos da Europa e Estados Unidos. Sendo assim, quando analisamos a presença de especializações nas notabilidades do Almanaque Laemmert no período de 1857 até 1889, temos o seguinte quadro:

Quadro 13: Especializações Médicas na seção Notabilidades do Almanaque Laemmert

| Especializações | Total de Médicos | Primeiro ano de anúncio |
|---|-------------------------|--------------------------------|
| Obstetrícia/ parturição/ moléstia de mulheres | 43 | 1857 |
| Cirurgia | 39 | 1857 |
| Moléstias do peito/ tísica pulmonar | 4 | 1857 |
| Homeopatia | 24 | 1858 |
| Moléstias do Útero ⁷⁴ e Sifilíticas/Venéreas | 11 | 1858 |
| Olhos, oculistas e oftalmologista | 31 | 1859 |
| Moléstias de crianças | 6 | 1860 |
| Dentista | 21 | 1862 |
| Moléstias de garganta | 10 | 1873 |
| Moléstias da pele | 6 | 1873 |
| Moléstias mentais | 4 | 1875 |
| Total | 209 | 1857 |

Fonte: Almanaque Laemmert, Notabilidades, anos 1857 até 1889.

Dentre os quatrocentos e quatorze (414)⁷⁵ anúncios de notabilidades referentes à medicina encontrados no Almanaque Laemmert no período correspondente ao ano de 1857 até 1889, conseguimos identificar onze grandes grupos de “especializações” presentes em anúncios individuais ou em anúncios de casas de saúde. São eles: obstetrícia/parturição/moléstia de mulheres; moléstias do peito/tísica pulmonar; homeopatia; moléstias do útero e sifilíticas/venéreas; olhos, oculistas e oftalmologista; moléstias de crianças; dentista; moléstias de garganta; cirurgia; moléstias mentais; moléstias da pele. Nesse universo de onze grupos de especializações descritas

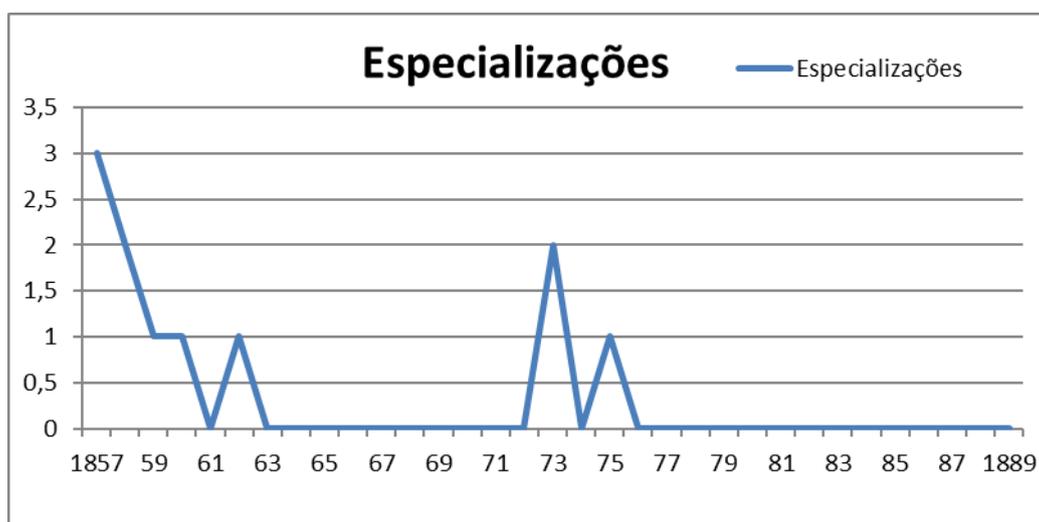
⁷⁴ Decidimos manter a separação presente nas fontes entre moléstias do útero e moléstia de mulheres.

⁷⁵ 414 correspondia ao total de anúncios referentes a medicina, sendo que o número descrito na tabela anterior, 209, correspondia ao total de anúncios sobre especialidades médicas.

identificamos duzentos e nove anúncios que se referiam claramente a alguma especialidade médica.

Outra importante chave de análise se deu ao observar o surgimento de determinadas classificações nos anúncios ao longo do tempo. Como referido anteriormente na bibliografia sobre o tema analisada, determinadas especializações se consolidam ou mesmo se distinguem de outras ao longo da formação do campo na segunda metade do século XIX, sendo os anúncios de serviços médicos especializados nos periódicos umas das estratégias para a constituição/formação das especializações (WEISZ, 2003). No gráfico abaixo podemos observar o ano de surgimento das especializações na seção notabilidades ao longo do período analisado:

Gráfico14: Surgimento de Especializações Médicas na seção Notabilidades (1857-1889)



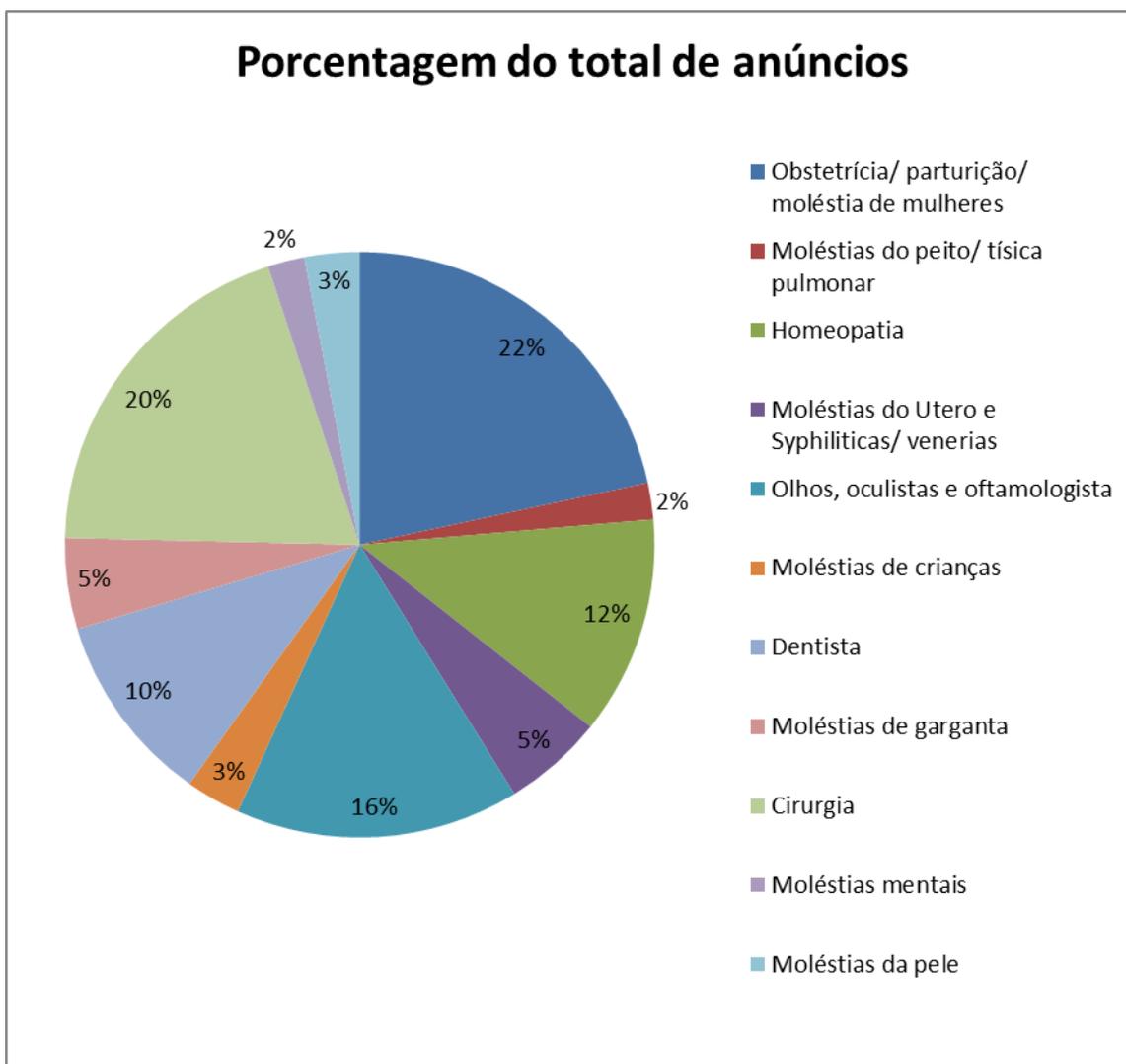
Fonte: Almanaque Laemmert, Notabilidades, anos 1857 até 1889.

No gráfico identificamos que dentre os onze grupos de especializações encontradas no ano de 1857 até o ano de 1889, o período de 1857 até 1862 apresentou a maior incidência de novos anúncios de especializações médicas. Após 1862, apenas nos anos de 1873 e 1875 encontramos classificações de especializações médicas novas. Podemos inferir que a contínua apresentação das especializações ao longo da segunda metade do XIX se deve a uma construção de legitimação dos campos que foi paulatinamente referida nos anúncios. Sendo assim, conseguimos identificar dois grupos de anúncios de especialidades diferentes. O primeiro que surgiu nos anos entre 1857 e

1862 representados por: obstetrícia/parturição/moléstia de mulheres; moléstias do peito/tísica pulmonar; homeopatia; moléstias do útero e sífilíticas/venéreas; olhos, oculistas e oftalmologista; moléstias de crianças; dentista; cirurgia. No segundo grupo com anúncios dos anos de 1873 e 1875, encontramos especializações “mais recentes” como: moléstias de garganta; moléstias mentais; moléstias da pele. Claro que ao delimitarmos temporariamente os grupos de anúncios médicos de especialidades, não estamos afirmando que determinadas especialidades presentes no primeiro grupo surgiram antes das do segundo grupo, e muito menos que as especialidades só surgiram depois do ano de 1857. Estamos apenas alertando para a possibilidade de maior reconhecimento e consolidação precoce das especialidades do primeiro, já que a presença delas no almanaque revelava um intuito de médico anunciante de propagação daquele determinado serviço. Ora, se a determinada especialidade não estivesse em uma posição de reconhecimento na sociedade, não estaria presente no Almanaque. Em outras palavras, o Almanaque serviu como um bom parâmetro para entendermos as especialidades que se consolidaram mais precocemente.

Além de entendermos o momento da divulgação das especializações no Almanaque Laemmert, através da análise desse material, podemos expressar por gráfico as especializações que apresentaram maior número de anúncios:

Gráfico 7: Especializações Médicas na seção Notabilidades por porcentagem de anúncios



Fonte: Almanaque Laemmert, Notabilidades, anos 1857 até 1889.

Como tendência geral conseguimos inferir que as especializações que apresentaram o maior número de anúncios, respectivamente obstetrícia/parturição/moléstia de mulheres, com 22% do total, e cirurgia, com 20%, são as que apareceram mais rapidamente, no início dos anúncios especializados no ano de 1857.

Além dos números de anúncios obtidos através da seção notabilidades no Almanaque Laemmert, podemos obter informações semelhantes através das listas gerais de anunciantes. Esses anúncios gerais, que existem a partir do ano de 1844, nos permitiu

comparar o surgimento dos anúncios das especialidades nas páginas do Almanaque ao longo dos anos. A primeira divisão explícita nesse processo se deu na própria classificação dos anúncios. Dentistas, médicos e cirurgiões apareciam na classificação da relação de médicos como categorias distintas. Essas distinções se tornaram cada vez mais ramificadas com o passar dos anos.

É interessante relacionarmos esses resultados com a evolução do oferecimento de disciplinas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A primeira divisão em disciplinas, referente ao ano de 1832, é descrita em Lycurgo Santos Filho (1976, p.92) da forma apresentada na tabela abaixo:

Quadro 15: Disciplinas ministradas na Faculdade de Medicina no ano de 1832

| Ano | Disciplinas | | | |
|----------|--------------------------------|---------------------------------------|---|----------------|
| Primeiro | Física médica | Botânica médica | Princípios elementares da Zoologia | |
| Segundo | Química Médica | Princípios elementares de Mineralogia | | |
| Terceiro | Anatomia | Fisiologia | | |
| Quarto | Patologia externa | Patologia interna | farmácia | Matéria médica |
| Quinto | Anatomia topográfica | Medicina operatória e aparelhos | Partos, moléstias de mulheres e de meninos recém nascidos | |
| Sexto | Higiene e História da Medicina | Medicina Legal | | |

Fonte: SANTOS FILHO, Lycurgo. História Geral da Medicina Brasileira (1 ed. 1948), Vol. I e II, São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1976.p. 92.

Se analisarmos comparativamente a tabela apresentada para os anúncios das notabilidades, juntamente com a primeira grade de disciplinas oferecidas em 1832 pela Faculdade, as únicas disciplinas que teriam um caráter acentuadamente “especializado” seriam “Partos, moléstias de mulheres e meninos recém nascidos” e “Medicina operatória e aparelhos”, disciplinas semelhantes aos grupos de especializações mais recorrentes nos anúncios da seção notabilidades (obstetrícia/parturição/moléstia de mulheres com 43 anúncios e cirurgia com 39 anúncios). Podemos concluir que a própria

organização histórica dessas disciplinas dentro da Faculdade de Medicina as ajudaram a serem mais reconhecidas e, posteriormente, praticadas enquanto especializações dentro do campo médico. Cabe ressaltar o caráter diferenciado do curso de “parteira” dentro da Faculdade de Medicina. Curso esse que era oferecido pelo titular da cadeira de partos e conferia o diploma de parteira para a aluna que o concluísse. Sendo assim, dentro da própria Faculdade de Medicina temos uma atenção redobrada à questão da parturição, o que incentivou o desenvolvimento da matéria enquanto especialização.

A partir de 1854, a Faculdade de Medicina passou por uma reforma estatutária. Essa reforma manteve a base do currículo, acrescentando quatro cadeiras, que foram: Patologia Geral, Anatomia Geral e Patologia, Química Orgânica e Farmácia. Continuaram a serem oferecidos os três cursos da faculdade: medicina, farmácia e obstetrícia. Mesmo com essas alterações nas cadeiras de 1854, não identificamos um aumento do que seriam as matérias vinculadas às especializações na faculdade, sendo que somente três anos após tais reformas já observamos alguns anúncios de especializações no Almanaque Laemmert. Uma importante observação desse período refere-se ao decreto de maio de 1856 que regulamentou a verificação dos diplomas de dentistas formados no exterior, já que a Faculdade de Medicina não dispunha desse curso (SANTOS FILHO, 1976). No exame, verificava-se a proficiência dos médicos em matérias referentes à saúde bucal. Em nossa fonte, o Almanaque Laemmert, observamos listagens de dentistas desde o ano de 1845, mesmo esse não sendo um curso oferecido pela Faculdade de Medicina. Como as parteiras, os dentistas tiveram uma listagem de anúncios separada da listagem dos médicos e não aparecem como parte de uma possível especialização e sim como um ramo diferente da medicina.

A última modificação nos currículos da Faculdade de Medicina após 1854 só se deu em 1881. Sendo assim, a maior parte do nosso recorte temporal não foi contemplado pelo último acréscimo de disciplinas. Em 1881 foram criadas as cátedras de: clínica obstétrica e ginecologia, clínica psiquiátrica, clínica oftalmológica, clínicas de moléstias médicas de crianças, anatomia e fisiologia patológica, clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas e, por fim, foi instituído o curso de odontologia, se somando aos já existentes cursos de obstetrícia, farmácia e medicina (SANTOS FILHO, 1976). A reforma de 1881 foi a mais significativa se tomarmos o aspecto das cadeiras especializadas. Observamos o surgimento de, pelo menos, cinco cadeiras com relações diretas com as especialidades encontradas no Almanaque Laemmert, que foram: clínica

obstétrica e ginecologia, clínica psiquiátrica, clínica oftalmológica, clínicas de moléstias médicas de crianças e moléstias cutâneas e sifilíticas. Outro dado importante a ser considerado foi o surgimento a partir do ano de 1882 da discriminação das especialidades na listagem geral de anúncios do Almanaque Laemmert, dados que iremos trabalhar mais detalhadamente. Acreditamos ser possível relacionar a maior institucionalização das especialidades praticadas com o surgimento das cadeiras na Faculdade de Medicina, a partir do ano de 1881, e posteriormente o surgimento dos anúncios por especialização no Almanaque Laemmert no ano de 1882.

Do ano inicial de 1844 até 1882, médicos e cirurgiões aparecem de forma conjunta nas listagens, sendo que as especialidades nesse período ficavam explícitas apenas como observações dispersas nos anúncios (um ou outro acrescentava ser homeopata, cirurgião etc.). Os médicos mais renomados, que poderiam pagar mais pelos anúncios, publicavam na listagem geral indicações para os mais detalhados pertencentes à seção de notabilidades. Foi o caso do dr. Hilário de Gouveia⁷⁶, especialista em doenças dos olhos e que dentro da listagem geral de anunciantes do ano de 1874, tem uma indicação para as notabilidades, onde anunciava de forma mais detalhada.

3.2.2 Década de 1880 e a consolidação das especializações médicas na corte.

A partir do ano de 1882, observamos algumas mudanças importantes na forma classificatória dos anúncios da listagem geral do Almanaque. A primeira mudança foi a separação da categoria médico e cirurgião. "Médicos ou doutores", como expresso no título da listagem, englobava uma série de especializações, incluindo aí a cirurgia. A categoria cirurgião passou a ser usada apenas para os cirurgiões militares. Nesse ano, temos uma listagem geral de médicos, aos moldes dos anos anteriores, e uma seção intitulada médicos especialistas, onde são subdivididos os nomes e endereços por categoria de especialização, como demonstrado na figura abaixo. Foram vinte e quatro especializações listadas⁷⁷, com destaque para especialistas de crianças, com vinte e oito médicos anunciantes; oculistas, com trinta e sete médicos anunciantes; e operadores,

⁷⁶ Almanaque Laemmert, listagem geral, 1874, p.575.

⁷⁷ Quando nos remetemos a 24 especializações listadas, estamos tratando especificamente da seção da listagem geral de médicos especialistas que apareceu pela primeira vez no almanaque no ano de 1882. Já quando trabalhamos com as 11 primeiras especialidades listadas anteriormente, nos referimos apenas a sessão notabilidades, onde constava especialidades do ano de 1857 até 1889. Ficou claro que muitas especialidades que aparecem na listagem geral a partir de 1882, sequer são anunciadas na seção notabilidades.

com setenta e um médicos anunciantes. No total, todas as classificações foram: alienação mental; aparelhos digestivos e seus anexos; cancros; cavidades nasais; cérebro espinhal; crianças; embalsamadores; estomago, febre, fígado, garganta; homeopatas; intestinos; moléstia de mulheres; oculistas; operadores; ouvidos; parteiros; pele; pulmonares; rins, sífilítica, útero, vias urinárias, dosimetria. Importante destacar que nesse novo formato, os anúncios classificados como cirurgiões passam a ser categorizados como “médicos operadores”.

Foto 5: Anúncio por divisão em especialidade (1882)

430

II PARTE – MEDICOS.

- Dr. Torres Quintanilha, praça do Engenho -Novo, 3, e r. de Souza Barros, 4.
Dr. Urbano Marcondes, r. praia de Botafogo, 154, (Europa.)
Dr. Venancio Nogueira da Silva, r. do Visconde de Itamaraty, 27, e r. da Universidade, 5.
Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia, Conselheiro, $\frac{1}{2}$ 2, r. de S. Pedro, 39, e r. do Visconde de Maranguape, 34.
Dr. Vicente Ferreira Gomes Sobral, r. do Rosario, 55, e largo dos Leões, 188.
Dr. Vicente de Souza, r. da Floresta, 22.
Dr. Victorino Ricardo Barbosa Romeu, r. dos Ourives, 155.
Dr. William John Faibairn, r. Primeiro de Março, 78, *Comunicação telephonica n. 110*, e travessa do Marquez de Paraná, 3. *Comunicação telephonica n. 1003*.

534]

MEDICOS ESPECIALISTAS.

ALIENAÇÃO MENTAL.

- Dr. Augusto Cesar de Paula Costa, r. da Candelaria, 17.
Dr. Carlos Fernandes Eiras. (Europa).
Dr. Henrique Hermeto Carneiro Leão, r. de Theophilo Ottoni, 18.
Dr. Ignacio Francisco Goulart, r. do Cattete, 109.

APPARELHOS DIGESTIVOS E SEUS ANNEXOS.

- Dr. Americo Alvares Guimarães, r. do General Pedra, 20.
Dr. Antonio Pinheiro Guedes, r. da Alfandega, 120, subrado.
Dr. CARLOS ARTHUR MONCORVO DE FIGUEIREDO, r. do General Camera, 63. (Vide *Notabilidades do Brazil*, pag. 2343.)
Dr. João Ricardo Norberto Ferreira, r. de S. Leopoldo, 7.

CANCROS.

- Dr. João Baptista Poly, r. do Sacramento, 16.

CAVIDADES NAZAES.

- Dr. José Francisco Manso Sayão, r. do Carmo, 59.
Dr. Manoel Joaquim Fernandes Eiras, becco das Canceis, 2. (Vide *Notabilidades do Brazil*, pags. 2210, 2211, 2212 e 2213.)

CEREBRO-ESPINHAL.

- Dr. Gustavo Balduino de Moura e Camera, r. do Hospicio, 40.

CORAÇÃO.

- Dr. Antenor Augusto Ribeiro Guimarães, r. da Quitanda, 78.
Dr. Candido Emilio Avellar, r. do Visconde de Sapucahy, 65.
Dr. Henrique Carlos Rocha Lima, r. de Theophilo Ottoni, 80.
Dr. João Vicente Torres-Homem, r. Primeiro de Março, 53.

(*) Os Srs. Medicos, querendo publicar as horas de consulta ou fazer inserções de interesse proprio em seguida do nome, pagarão 1\$ por linha; a Redacção recebe annuncios durante todo o anno.

Fonte: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/almanak/al1882/00000533.html>, data de acesso: 01/12/2014.

Após o ano de 1882, a classificação dos anúncios médicos ganhou uma nova forma continuando com a divisão anteriormente adotada da separação entre cirurgiões militares e médicos, mas não se manteve uma listagem separada por especializações. Estas passaram a ser indicadas numa coluna à direita dos anúncios nominais, após as informações dos endereços, com a classificação das especializações, como demonstra a figura abaixo:

Foto 6: Anúncios com tabelas de especialidade (1883)

| <u>Medicos (Doutores) (1)</u> | | [707] |
|--|--|----------------|
| Allopathas, Homœopathas, Dosimetricos, Hydropathas, Operadores e Parteiros. | | Especialidades |
| A. BRISSAY, medico cirurgião da Faculdade de Pariz e PARTEIRO; especialidades : molestias das VIAS OURI-NARIAS: estreitamentos da urethra, calculos da bexiga, fistulas: DOENÇAS DAS MULHERES; utero, ovarios e seios, irregularidades nos menstruos, fluxos brancos. HEMOR-RHOIDAS E FISTULAS NO ANUS. OPERAÇÕES NOS PARTOS Applicação da electricidade. Consultas todós os dias uteis do meio-dia ás 3 horas, na RUA DO GENERAL CAMARA, 14; resid. R. DO C. TETE, 23, onde recebe chamados a toda hora do dia e da noite. (Vide <i>Notabilidades</i> , pag 1918.) . . . | | Operador. |
| A. Epimacho Cavalcanti de Albuquerque, r. do Marquez de Olinda, casa de Saude do Dr. Eiras. | | |
| A. Lara, r. de Theofilo Ottoni, 32 A. (Europa) | | Oculista. |
| A. SIMÕES DE FARIA, medico parteiro pela Universidade de Pariz. Especialidades: partos, molestias das mulheres e syphiliticas. Consultas das 7 ás 9 horas da manhã, e de 1 ás 3 da tarde, r. Ourives, 137. (Vide <i>Notabil.</i> , pag. 1922.) | | Syphilis. |
| Abel Parente, (molestias do utero), r. de S. Pedro, 90. . . . | | Syphilis. |
| Adolfo Arthur Ribeiro da Fonseca, r. de S. Joaquim, 185, e r. do Senador Eusebio, 57. | | |
| Adolfo Bezerra de Menezes, estrada velha da Tijuca, 27. | | |

Fonte: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/almanak/al1883/00000762.html>, data de acesso: 01/12/2014.

Ao analisar a coluna das especializações, temos um quadro parecido com o apresentado no ano de 1882, sem acréscimo ou perda de qualquer outra forma de classificação por especializações. Mesmo observando outros tipos de especializações na descrição dos serviços, optamos por trabalhar com as especializações discriminadas na coluna à direita por entendermos que seriam as que os médicos entendiam como de maior destaque. Comparando a seção da listagem geral com as notabilidades, vemos a diferenciação entre o ano de 1857 e o de 1882. Antes de 1857, as especializações só

eram citadas em pequenas observações dentro das listagens gerais. A partir dessa data, são transferidas para a seção de notabilidades, muito embora nesse ano inicial encontremos poucas referências a esses tipos de serviços, mais especificamente quatro anúncios de médicos dentro de um universo de dez anúncios, em que se distinguia algum tipo de especialidade. Ao longo dos anos, esses anúncios ficaram mais presentes nas notabilidades e se distinguiram de forma marcante quando observamos os anúncios das casas de saúdes com médicos especialistas divididos por categorias.

Embora a seção de notabilidades tenha apresentado um avanço dentro da perspectiva da consolidação e separação das especialidades no Almanaque Laemmert, só a partir do ano de 1882 que conseguimos ver a real consolidação do campo das especialidades no Almanaque. Como exposto anteriormente, é nesse único ano que temos os médicos divididos em áreas separadas dependendo da sua atuação e no período de 1883 até 1889 obtemos uma coluna à direita com as especialidades dos médicos dentro do corpo da listagem geral. Sendo assim, cabe analisarmos em número a presença das classificações por especialidades contidas no ano de 1882 e assim podermos comparar com os números presentes na seção notabilidade.

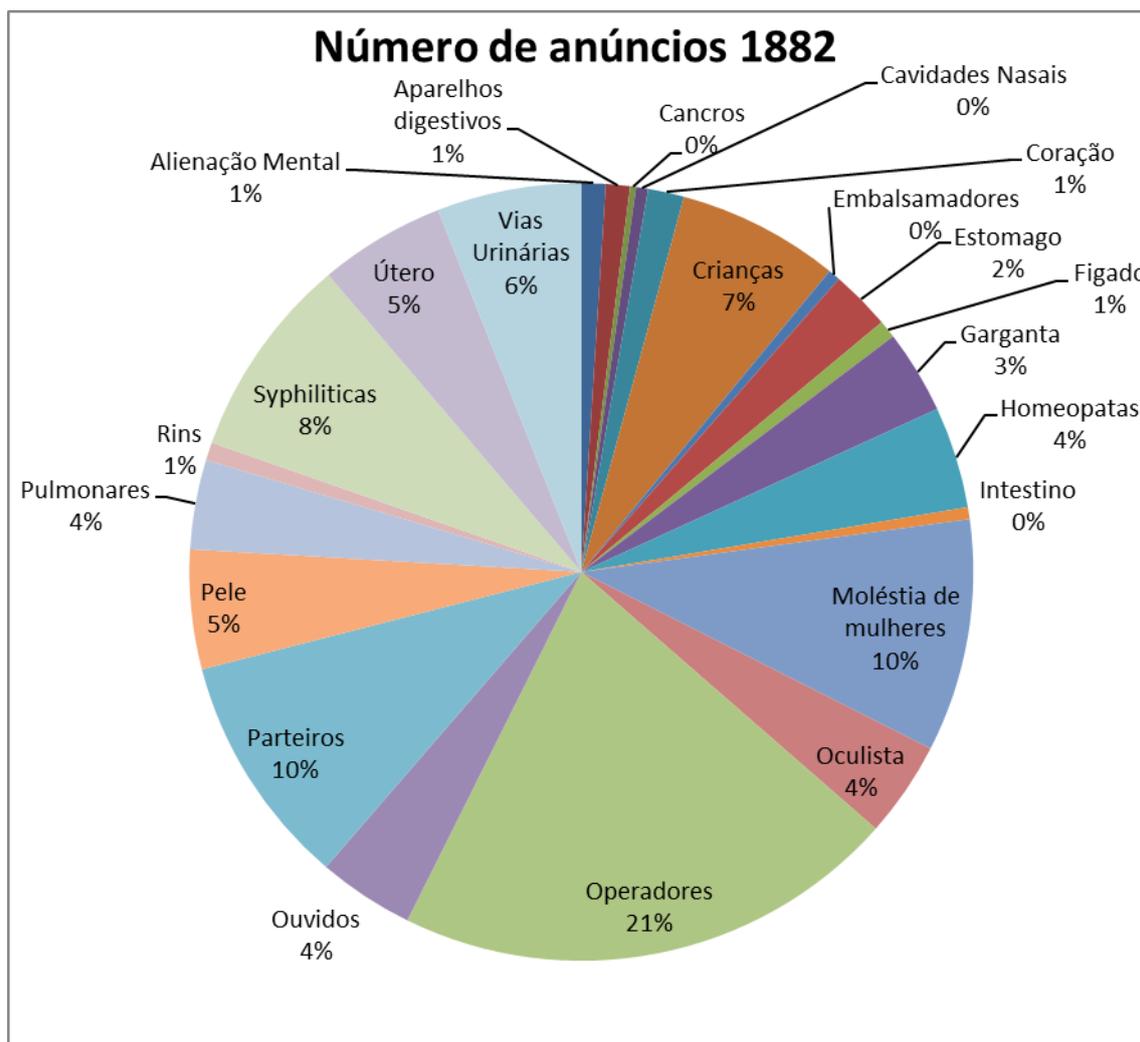
Quadro16: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882.

| Especialidades em 1882 | Número de médicos | Notabilidades | Porcentagem |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Operadores | 84 | 12 | 21% |
| Moléstia de mulheres | 39 | 3 | 10% |
| Parteiros | 39 | 3 | 10% |
| Sifilíticas | 34 | 4 | 8% |
| Crianças | 27 | 2 | 7% |
| Vias Urinárias | 24 | 0 | 6% |
| Útero | 21 | 3 | 5% |
| Pele | 20 | 1 | 5% |
| Homeopatas | 17 | 0 | 4% |
| Oculista | 16 | 3 | 4% |
| Ouvidos | 16 | 3 | 4% |
| Pulmonares | 15 | 0 | 4% |
| Garganta | 14 | 3 | 3% |
| Estomago | 10 | 1 | 2% |
| Coração | 6 | 0 | 1% |
| Alienação Mental | 4 | 1 | 1% |
| Aparelhos digestivos | 4 | 0 | 1% |
| Fígado | 3 | 0 | 1% |
| Rins | 3 | 1 | 1% |
| Cavidades Nasais | 2 | 0 | 0% |
| Embalsamadores | 2 | 1 | 0% |
| Intestino | 2 | 0 | 0% |
| Cancros | 1 | 0 | 0% |

Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos, 1882.

A partir dessa tabela, produzimos um gráfico que nos permite visualizar a porcentagem e dimensão numérica das especialidades descritas perante o total de especialidades listadas para o ano de 1882.

Gráfico 8: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882 por porcentagem



Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos, 1882.

Podemos comparar a listagem feita com as vinte e quatro categorias apresentadas para o ano de 1882 com a listagem geral das notabilidades onde de 1857 até 1889, onde encontramos onze grandes grupos de especializações, e as cadeiras da Faculdade de Medicina a partir da reforma de 1881. Algumas especializações presentes no ano de 1882 são plenamente cabíveis dentro dos grupos analisados nas notabilidades e nas disciplinas oferecidas pela faculdade, sendo assim podemos indicar dessa forma:

Quadro 17: Comparação das Especialidades Médicas entre a seção Notabilidades do Almanaque Laemmert, a listagem Geral de 1882 do Almanaque Laemmert e as Cadeiras da Faculdade de Medicina.

| Categorias das Notabilidades 1883-1889/Almanaque Laemmert | Especializações de 1882/Almanaque Laemmert | Cadeiras da Faculdade de Medicina 1881 |
|--|---|---|
| 1° Obstetrícia/ parturição/ moléstia de mulheres | Moléstia de mulheres/ parteiros | clínica obstétrica e ginecologia |
| 2° Moléstias do peito/ tísica pulmonar | Pulmonares | Não representado |
| 3° Homeopatia | Homeopatas | Não representado |
| 4° Moléstias do Útero e Sifilíticas/ venéreas | Útero/ Sifilíticas | clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas |
| 5° Olhos/ oculistas /oftalmologista | Oculista | Clínica oftalmológica, |
| 6° Moléstias de crianças | Crianças | Clínicas de moléstias médicas de crianças |
| 7° Dentista | não representado | Validação do diploma |
| 8° Moléstias de garganta | Garganta | Não representado |
| 9° Cirurgia | operadores | Não representado |
| 10° Moléstias mentais | Alienação Mental | Clínica psiquiátrica |
| 11° Moléstias da pele | Pele | Clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas |

Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos, 1882.

Almanaque Laemmert, seção Notabilidades, 1882.

SANTOS FILHO, Lycurgo. História Geral da Medicina Brasileira (1 ed. 1948), Vol. I e II, São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1976.p. 92.

Ao comparamos as três categorizações: as notabilidades (1857 até 1889), a listagem geral dividida em especialidades (1882) e as disciplinas da Faculdade de Medicina (1881) observamos que os grupos de especialidades que foram traçados nessas três divisões apresentam similaridades referentes ao número de anúncios de cada especialização. Um exemplo foi o caso de cirurgia/ operadores. Para todos os anos dos anúncios das notabilidades acompanhados, cirurgiões constituíram a segunda categoria com mais anúncios. Diziam respeito a trinta e nove, equivalendo a 12% do total de anúncios das notabilidades. Ao analisarmos a categoria operadores, presente na listagem geral de anúncios médicos, obtemos oitenta e quatro anúncios e a maior porcentagem entre todas as especialidades. Esses exemplos nos permitiram traçar duas linhas investigativas ao trabalharmos com as especialidades no Almanaque Laemmert. Primeiro, quando elas surgem enquanto categoria ramificada do ofício, nesse caso, mais explicitamente na seção de notabilidades. Segundo o processo de consolidação, que tem

o cruzamento das notabilidades, das listagens gerais após 1882 e das cadeiras da Faculdade de Medicina a partir de 1881, como material essencial.

As primeiras categorias no Almanaque que surgiram enquanto anúncios de especializações médicas foram a homeopatia e a parturição oferecida por parteiras estrangeiras, antes mesmo de 1857 nas listagens gerais no campo das observações. Essas duas categorias foram também as primeiras a surgirem na listagem das notabilidades e mantiveram seu destaque após o ano de 1882. Podemos inferir que sua preponderância estava ligada a características específicas desses dois campos de especialidades. A primeira, as parteiras, se encaixava muito mais no universo das curas populares do que propriamente uma especialização médica, muito embora as parteiras que anunciavam no Almanaque Laemmert fossem majoritariamente estrangeiras (BARBOSA, 2016). Ao não terem inserção nas redes de solidariedade feminina, entendiam o anúncio no Almanaque como forma mais efetiva de publicizar seus serviços. Decerto, com o passar dos anos, os médicos destinados a essas “especializações” trouxeram essa “arte de cura popular” para mais próximo do campo da cura acadêmica oficial. Embora houvesse esse movimento, por seu caráter diferenciado de trato com a mulher, a presença das parteiras por toda a segunda metade do XIX e início do XX foi uma constante (BARRETO, 2008).

Na homeopatia, o processo foi um pouco diferenciado. De fato, vários médicos acadêmicos tinham a homeopatia enquanto referência de tratamento e, por vezes, mantinham a prática alopática e homeopática juntas (WEBER, 1999). Não era incomum frequentarem a Faculdade de Medicina e serem adeptos do tratamento homeopático. Embora essa doutrina médica tivesse grande prestígio, incluindo uma instituição própria no Rio de Janeiro, o Instituto Homeopático do Brasil, fundado em 1842, tal prática nunca foi um consenso na medicina acadêmica. Nesse aspecto, a homeopatia se apresentava muito mais como um saber concorrente do que necessariamente uma especialidade dentro do cânone médico acadêmico. Mais um exemplo do complexo processo pelo qual a medicina acadêmica passou ao longo do século XIX. Nas páginas do Almanaque observamos que a homeopatia foi acrescentada nas listagens gerais após o ano de 1882 enquanto uma especialidade médica, o que aponta para o prestígio que a homeopatia detinha⁷⁸. Não observamos qualquer distinção nos anúncios entre essa

⁷⁸Sobre a preferência de parte da população pelo sistema homeopático durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro, ver Pimenta, Tânia. “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855”. In:

prática e a medicina alopática, sendo a homeopatia encarada como apenas mais uma especialização dentro do campo médico.

Outro dado importante a ser analisado na questão do parto e seu segmento enquanto especialização nos anúncios do Almanaque Laemmert diz respeito à distinção que o próprio Almanaque fez em relação a esse ofício. Ao longo de toda a listagem geral de profissões relacionadas à cura, nós encontramos as parteiras como uma categoria separada dos médicos e cirurgiões. Nas notabilidades encontramos majoritariamente anúncios de parteiras estrangeiras. A partir do ano de 1882, quando nas listagens gerais do Almanaque se fez a diferenciação entre as especialidades, parteiros (médicos, homens e diplomados) aparecem como uma especialização com trinta e nove anúncios, sendo a segunda maior especialização presente no Almanaque a partir da sua listagem geral. Cabe salientar que a categoria parteira, estava presente no Almanaque antes do ano de 1882. Interessante observar que, no mesmo ano, a listagem de parteiras indica um número de vinte e dois anúncios. Sabemos que enquanto estratégia de divulgação, os anúncios de parteiras no Almanaque Laemmert não era um bom termômetro para conhecer a fundo a atuação das parteiras na cidade, já que os meios de divulgação dos serviços eram distintos. Esses anúncios restringiram-se a parteiras estrangeiras ou de outras localidades que precisavam de uma maior divulgação dos seus serviços, já que não estavam inseridas dentro das redes de parturição de que dispunham as parteiras locais (PIMENTA, 2003). O fato que nos chama atenção nesse caso é o acréscimo constante de anúncios de parteiros homens e diplomados, médicos que escolheram essa especialização entre as possíveis, demonstrando certo peso se comparamos com a quantidade de anúncios de outras especialidades. Nós podemos observar explicitamente no índice do ano de 1889 um exemplo da diferenciação da classificação dos anúncios do Almanaque Laemmert:

Foto 7: Divisão no índice entre parteiras e médicos parteiros (1889)

| | | |
|-----|--|-----|
| 726 | Parteiras. | 931 |
| | Parteiros V ja art. 707 Medicos parteiros. | 847 |

Fonte: Almanaque Laemmert, 1889.

No índice, vemos a diferenciação e a indicação de onde as pessoas poderiam procurar por parteiras e médicos parteiros, em páginas e classificações diferentes. Nos interessa esse processo de especialização da medicina em direção ao parto. Como observado, o número de médicos que optam por essa especialização foi crescente o que fez com que a mesma se consolidasse enquanto uma das mais importantes áreas de atuação dos médicos especialistas do Rio de Janeiro na segunda metade dos oitocentos. Se tomarmos como referência todas as categorias que envolviam o trato com o corpo feminino (moléstia de mulheres, parteiros e útero), no ano de 1882, representavam 25% das especialidades na listagem geral e 22% na seção notabilidades. Esses dados são essenciais se quisermos entender o processo das especializações médicas junto com a perspectiva da consolidação da medicina acadêmica enquanto grupo socioprofissional e suas relações com a tradição da parturição feitas por mulheres. Decerto, temos noção de que esse processo foi longo e que as parteiras tradicionais ainda eram presentes, disputavam os espaços, eram reconhecidas como conhecedoras de um saber específico e, por vezes, trabalhavam em colaboração com os médicos acadêmicos (PIMENTA, 2003); mas quando constatamos que as especialidades ligadas ao corpo feminino foram as que apresentaram mais anúncios no almanaque, podemos observar a construção de um processo de modificação dessa prática.

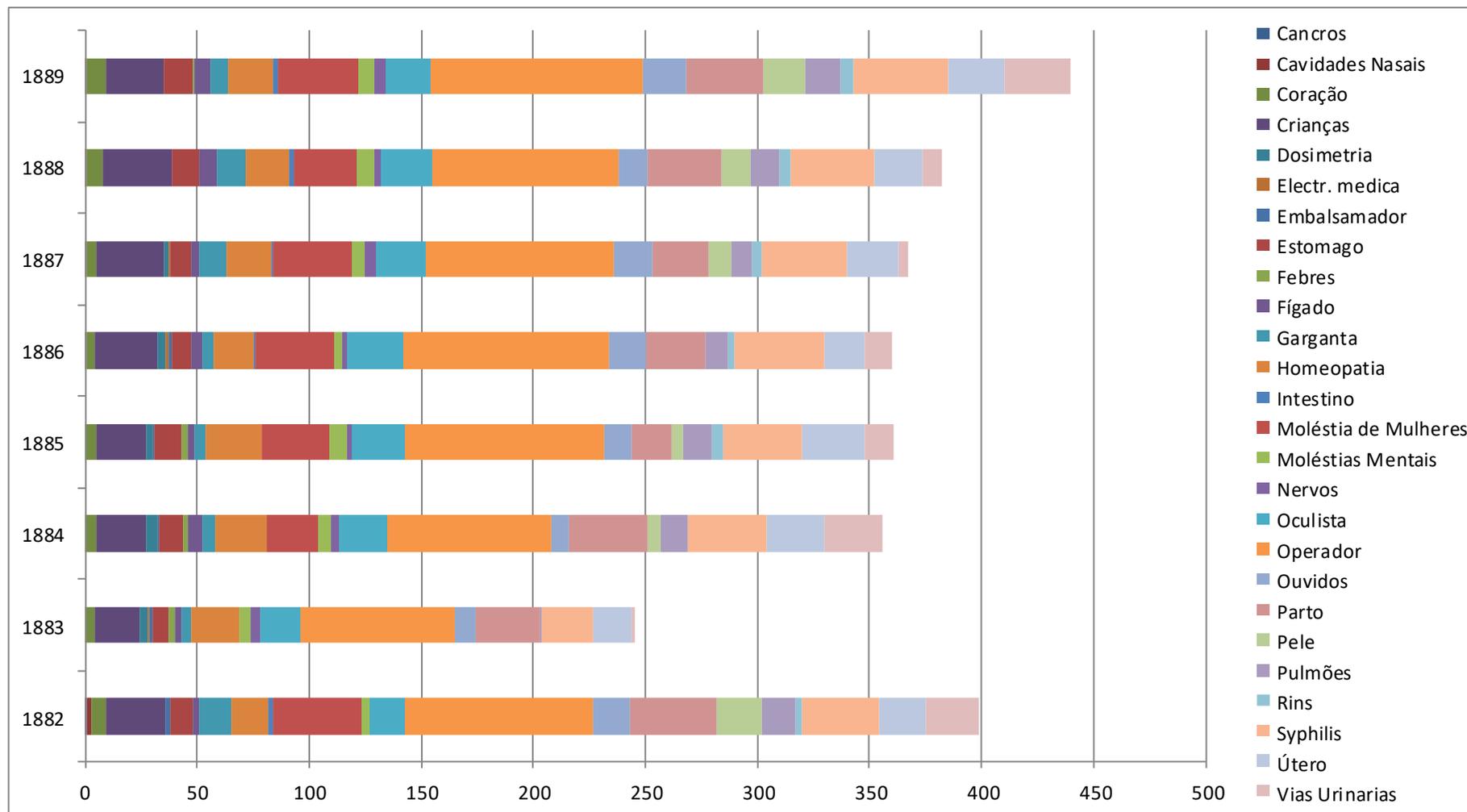
Após uma análise pormenorizada das relações entre os anúncios das notabilidades e da listagem geral do ano de 1882, demonstraremos a partir de uma tabela e um gráfico, a totalidade de anúncios de especialidades que compreendiam os anos de 1882 até 1889. Nesses instrumentos de análise podemos observar as categorias que mais se repetiram, assim como as mais anunciadas. Também podemos fazer uma comparação maior entre esses dados e os dados específicos das notabilidades, que apresentam um universo diferenciado em relação às listagens gerais de especializações.

Quadro 18: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert do ano de 1882 até 1889.

| Especializações | 1882 | 1883 | 1884 | 1885 | 1886 | 1887 | 1888 | 1889 | Total |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Operador | 84 | 69 | 73 | 89 | 92 | 84 | 83 | 95 | 669 |
| Syphilis | 34 | 23 | 35 | 35 | 40 | 38 | 37 | 42 | 284 |
| Moléstia de Mulheres | 39 | 0 | 23 | 30 | 35 | 35 | 28 | 36 | 226 |
| Crianças | 27 | 20 | 22 | 22 | 28 | 30 | 31 | 26 | 206 |
| Parto | 39 | 29 | 35 | 18 | 27 | 25 | 33 | 35 | 241 |
| Oculista | 16 | 18 | 22 | 24 | 25 | 22 | 23 | 20 | 170 |
| Homeopatia | 17 | 22 | 23 | 25 | 18 | 20 | 19 | 20 | 164 |
| Útero | 21 | 17 | 26 | 27 | 18 | 23 | 22 | 25 | 179 |
| Ouvidos | 16 | 9 | 8 | 12 | 16 | 17 | 13 | 19 | 110 |
| Vias Urinarias | 24 | 1 | 26 | 13 | 12 | 4 | 8 | 30 | 118 |
| Pulmões | 15 | 1 | 12 | 13 | 10 | 10 | 13 | 16 | 90 |
| Estomago | 10 | 7 | 11 | 12 | 8 | 9 | 12 | 13 | 82 |
| Fígado | 3 | 3 | 6 | 3 | 5 | 4 | 8 | 7 | 39 |
| Garganta | 14 | 4 | 6 | 5 | 5 | 12 | 13 | 8 | 67 |
| Dosimetria | 0 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 0 | 0 | 18 |
| Moléstias Mentais | 4 | 5 | 6 | 8 | 4 | 6 | 8 | 7 | 48 |
| Coração | 6 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 7 | 8 | 42 |
| Rins | 3 | 0 | 0 | 5 | 3 | 4 | 5 | 6 | 26 |
| Embalsamador | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Nervos | 0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 5 | 24 |
| Cavidades Nasais | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Electr. medica | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Intestino | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 8 |
| Cancros | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Febres | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| Pele | 20 | 0 | 6 | 5 | 0 | 10 | 13 | 18 | 72 |

Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1882/1889.

Gráfico 9: Especialidades Médicas na listagem geral do Almanaque Laemmert 1882-1889



Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1882/1889.

Ao analisar os dados apresentados no gráfico e na tabela, observamos que as especializações presentes nas notabilidades são próximas àquelas da listagem geral com pequenos acréscimos como: cancros, embalsamador, cavidades nasais e febres. Embora acrescido dessas especializações, em número absoluto se compararmos tanto as notabilidades, o ano de 1882 e as listagens de 1883 até 1889 (coluna de especialidades a direita), as especializações com maior quantidade de anúncios seguem sendo as mesmas: cirurgia/operador, obstetrícia/parturição/moléstia de mulher, crianças, moléstias do útero/sifilíticas/venéreas; sendo a única exceção a categoria dentista que englobamos como especialização ao tratarmos os anúncios na seção notabilidades, mas que na listagem geral do almanaque é separado da medicina enquanto categoria socioprofissional diferenciada.

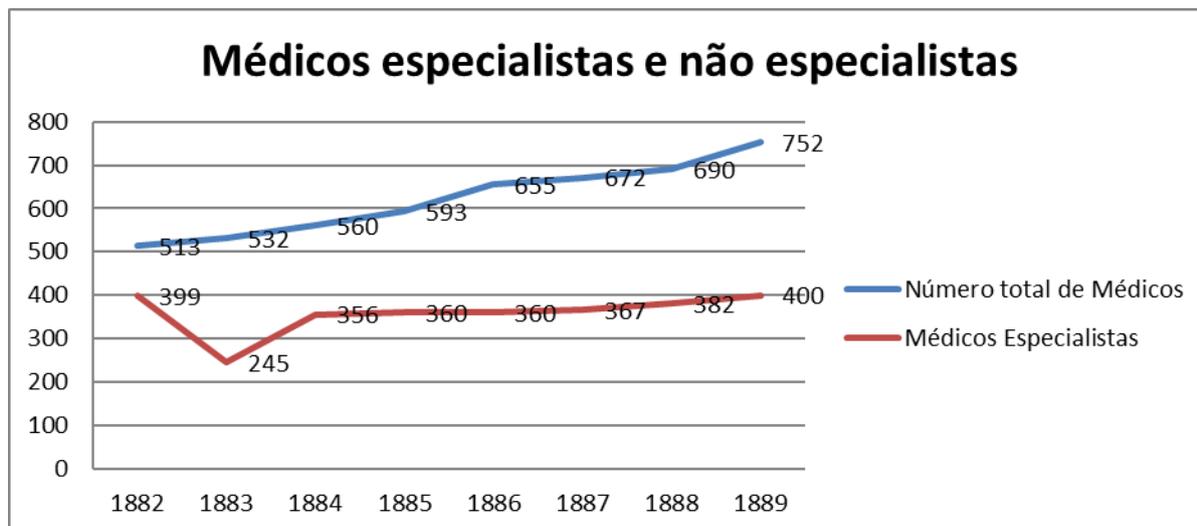
Outra análise possível desses dados foi a comparação entre as listagens de médicos especialistas e médicos não especialistas no período entre 1882 a 1889, possibilitada pela presença da divisão de anúncios de especialidades médicas a partir de 1882. Podemos apontar, por essa análise, o universo das especialidades dentro da prática médica, suas dimensões e consolidação ao longo desses anos.

Quadro19: Comparação entre os anúncios de médicos especialistas com a listagem geral de médicos entre 1882 e 1889

| | 1882 | 1883 | 1884 | 1885 | 1886 | 1887 | 1888 | 1889 | Total |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Geral | 502 | 532 | 560 | 593 | 655 | 672 | 690 | 752 | 4059 |
| Especialidade | 399 | 245 | 356 | 360 | 360 | 367 | 382 | 440 | 2909 |

Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1882/1889.

Gráfico 10: Comparação entre os anúncios de médicos especialistas com a listagem geral de médicos entre 1882 e 1889



Fonte: Almanaque Laemmert, Médicos- anos 1882/1889.

Analisando a tabela e o gráfico apresentados anteriormente, observamos que a maior parte dos médicos se apresentou como especialista. Do período de 1882 até 1889, temos uma média de 620 anúncios de médicos em cada ano e 363 anúncios de médicos especialistas, o que deu uma diferença média de 257 médicos não especialistas para o período, bem menos do que os 363. Assim como a variação das especialidades por anos, dentro da restrita seriação (1882 até 1889) que foi possível delimitar, em números absolutos também não conseguimos observar uma diferença grande de ano para ano da presença dos anúncios de médicos especialistas ficando os mesmos em uma faixa entre 350 a 400 anúncios por ano.

A partir da análise dos anúncios no Almanaque Laemmert das especializações médicas, observamos a trajetória de sua crescente importância no cenário da medicina acadêmica. Embora consigamos perceber essa mudança geral, a análise específica do seu impacto perante os médicos ordinários não foi tão simples de ser observada. Para tal tarefa, acrescentamos um componente a mais em nossa análise, as casas de saúde. Nos parece que investigar a relação entre as casas de saúde e a consolidação das especialidades médicas na corte poderia ser um caminho fecundo para chegarmos aos médicos ordinários.

3.6 Casas de Saúde

Além da necessidade de se distinguir a proporção dos médicos especialistas perante os demais médicos, entendemos a importância de compreender a presença dos médicos ordinários entre os especialistas. Tal análise, pode ser dividida em 2 períodos distintos. O primeiro entre os anos de 1857 e 1882, em que as especialidades apareciam restritas às listas das notabilidades. O segundo período entre os anos de 1882 até 1889, quando os médicos especialistas apareciam nos anúncios das listagens gerais do Almanaque Laemmert. Ao analisarmos os dois períodos observamos que embora entre os anos de 1882 a 1889, a quantidade de médicos especialistas fosse maior, o período anterior nos fornecia a oportunidade de atentarmos para o momento de consolidação da atuação dos especialistas associada com as casas de saúde, nosso principal foco nesse capítulo.

Embora nos debruçemos de forma mais detalhada na análise do surgimento das especializações ligada às casas de saúde, cabe aqui traçar algumas considerações sobre o período posterior, 1882 até 1889. Entre esses anos notamos a consolidação das especialidades médicas no Rio de Janeiro, o que fomentou a pergunta: Como era a relação entre os médicos especialistas e médicos ordinários no universo de atuação fora das casas de saúde? Embora não analisemos de forma mais detalhada essa parcela dos médicos especialistas, conseguimos identificar a presença de médicos ordinários frente aos que se declaravam especialista no período. Em uma média de 360 médicos especialistas entre 1882 a 1889, 270 eram médicos ordinários, a maioria. Assim como na listagem geral dos médicos, atentamos para uma maior quantidade de médicos especialistas que também eram médicos ordinários. Nesse sentido, nossa análise reafirmou a necessidade de um olhar mais dedicado ao tema das especializações médicas desenvolvidas nas casas de saúde. Nesses locais conseguimos observar melhor a relação entre medicina acadêmica; surgimento e consolidação das especialidades; e a presença dos médicos ordinários.

Ao analisarmos a seção notabilidades, parte do Almanaque onde aparecem primeiro de forma mais organizada os anúncios de especializações médicas, notamos que a maior parte dos médicos anunciantes estavam inseridos em algum tipo de instituição ou estabelecimento médicos, o que os tornava parte da elite médica. A maior presença dos médicos da elite nas notabilidades pode ser explicada pelo próprio preço dos anúncios, o que restringia a ampla participação dos médicos.

Entre os anos de 1857 e 1882, quando a seção notabilidades era a única que apresentava especialidades médicas de forma mais sistematizada, dentre os médicos que

anunciavam, cerca de metade pertencia à alguma instituição médica associada à elite médica (Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou a Academia Imperial de Medicina)⁷⁹. Embora proporcionalmente a presença da elite médica tenha sido bem maior, não excluiu a presença dos médicos ordinários nesses anúncios. Como dito anteriormente, a maior parte dos anúncios na seção notabilidades estava associada a alguma instituição ou estabelecimento médico, mas nem sempre essas instituições eram exclusivamente vinculadas as elites médicas, esse foi o caso das casas de saúde. Diferente das prestigiadas instituições médicas, a possibilidade de um médico ordinário trabalhar nas casas de saúde era maior, até pela diferença de demanda. É certo que, mesmo para as elites médicas, a atuação nessas casas de saúde poderia ser uma estratégia de melhorar sua posição dentro de sua categoria socioprofissional. Se para a elite médica estar presente nas casas de saúde era uma boa estratégia profissional, para os médicos ordinários o efeito dessa presença poderia ser bem mais impactante em suas trajetórias. O contato com os médicos da elite permitiria criar laços clientelares e, assim, o desenvolvimento de uma trajetória profissional diferenciada, com a possibilidade de maior atração de clientela.

Na sessão notabilidades, observamos um total de 32 casas de saúde anunciadas. As primeiras que apareceram no almanaque datavam o ano de 1846, sendo elas as casas de saúde homeopática e a casa de saúde dr. Peixoto. Ao longo dos anos observamos uma linha crescente do número de casas de saúde, divididas em três anos distintos de crescimento: A presença em números absolutos variou entre zero e duas casas de saúde até o ano de 1862. A partir de 1862 variações de cinco a oito casas de saúde e, posteriormente, de 1880 até 1889, identificamos de nove a onze casas de saúde. Os anúncios das casas de saúde, como demonstrado anteriormente ao tratarmos das notabilidades, eram bem completos. Geralmente com descrição das localidades e os diferenciais que a casa oferecia, os preços dos serviços e suas especialidades.

Embora conseguíssemos observar que metade dos médicos que atuava nas casas de saúde não pertencia a elite médica, quando analisamos os médicos sobre os quais tivemos acesso à documentação no Arquivo Nacional, notamos que a elite médica deixou um rastro documental maior. De um total de 25 médicos que atuavam em casas de saúde como especialistas, cujos inventários foram localizados, apenas 4 não pertenciam à elite médica. Um deles foi Joaquim Antonio Faria.

⁷⁹ Almanaque Laemmert seção notabilidades

Joaquim foi formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1854, era sócio da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória⁸⁰ e especialista em sífilis. Em seu inventário, observamos bens totais que não excediam 8 contos de réis, dentro da faixa do valor dos bens que demarcamos enquanto pertencentes à categoria dos médicos ordinários⁸¹. O médico também anunciava ao longo dos anos no Almanaque Laemmert, com consultório na Rua da Quitanda, número 61. Certamente, ao se associar a uma casa de saúde, o dr. Faria observou uma possibilidade de melhorar seus rendimentos ou mesmo uma nova estratégia para se diferenciar no mercado competitivo de cura da corte.⁸²

O anúncio da casa de saúde Nossa Senhora da Glória, da qual o médico era sócio, tinha características próximas aos observados nos anúncios das demais casas de saúde estudadas na pesquisa:

A casa de Saúde do Dr. A. M. Fragozo, situada em uma posição aprazível, pittoresca e saudável, tem a imensa vantagem de, com todas as condições higienicas desejáveis, achar-se mui perto do centro da cidade, facilitando assim o transporte de doentes e podendoser estes visitados diariamente. Os Maritimos seguramente não encontrarão outra Casa de Saúde mais cômoda, pois uma das estradas do estabelecimento acha-se mesmo em frente ao desembarque mais geralmente escolhido (CãesPharoux)

O edifício, achando-se situado em uma vasta praça, livre por três faces e todo guarnecido de janellas, são os seus quartos e salões perfeitamente ventilados e claros; todos elles são mui espaçosos e completamente independentes uns dos outros. Nenhum doente, nem mesmo os escravos, será collocado no pavimento térreo.

A casa recebe doentes de ambos os sexos livres e escravos. As enfermarias e quartos dos homens são separados dos das mulheres. Há salões e quartos especiais para os doentes afetados de moléstias de pelle, syphiliticas, dos olhos e das vias urinárias. Há uma maternidade onde as parturientes encontrarão todas as commodidades e cuidados necessários. Há uma enfermaria para crianças, as quais serão tratadas com todo o carinho. Existem na Casa banhos de água doce, quentes e frios, de água do mar, de cachoeira, de chuva e ducha. Um médico residente no estabelecimento prestará immediato auxilio ao doente, logo que este entrar. Os doentes são recebidos a qualquer hora do dia ou da noite e podem ser visitados todos os dias. Os doentes de fora da cidade terão condução pedindo-a. Socorros espirituais serão prestados no prompto aos doentes, pelo capelão da casa. Haverá missa aos domingos e dias santos.⁸³

⁸⁰ Informação presente no anuncio da Casa de saúde. Almanaque Laemmert, 1865

⁸¹ Ainda no primeiro capítulo, definimos que um dos critérios para classificamos os médicos em ordinários seria a totalidade de seus bens estarem contidos na faixa entre 1 à 8 contos de réis.

⁸² Joaquim Antonio de Faria, n° 1944, cx 2332

⁸³ Almanaque Laemmert, sessão notabilidades, Casa de Saúde Nossa Senhora da Gloria, 1865.

Destacamos no anúncio as qualidades do local. Era importante demonstrar quais eram os diferenciais desses estabelecimentos, pois isso ajudaria a atrair um público que estava acostumado a se tratar em casa. Não por acaso, observamos a menção de determinado público, como os marinheiros, ao qual os anúncios poderiam ser direcionados. Por motivos evidentes, quando aportavam em uma cidade, os marinheiros não poderiam ser cuidados em suas casas e era comum recorrerem a hospitais e casas de saúde. Outra evidência que destacamos foi a distinção de doenças tratadas presentes no anúncio. Observamos uma divisão entre algumas especialidades médicas presentes na casa de saúde. No final, o anúncio continha uma tabela de preços, com divisão de quartos por categoria e condição jurídica do doente, livres ou escravos.

É certo que podemos entender que havia uma hierarquia entre as casas de saúde e que a disputa por esse mercado ficou cada vez mais acirrada a partir da década de 1880, esse fato foi exemplificado no caso do dr. José Tavano. Embora anunciasse na listagem geral do Almanaque Laemmert, a partir da década de 1880, o dr. Tavano, especialista em cirurgias, abriu sua própria casa de saúde. Em seu anúncio conseguimos identificar uma tabela que, além dos preços dos serviços, apresentavam uma pequena distinção por especializações que eram oferecidas:

Quadro 20: Especialização da Casa de Saúde Dr. Tavano

| Especialidades | Médicos |
|-----------------|---|
| Medicina | Dr. Nabuco de Freitas; Dr. Domingos José Bernadino de Almeida; Dr. Eduardo Joaquim da Fonseca; Dr. Joaquim Vicente da Silva Freire; Dr. José HenriqueBraume |
| Cirurgia | Dr. Bustamente de Sá; Dr. José Tavano; Dr. Fonseca Junior |
| Olhos e Ouvidos | Dr. Gama Lobo |

Fonte: Almanaque Laemmert, notabilidades, Casa de Saúde Dr. Tavano, 1881

Embora o dr. Tavano não pertencesse à elite médica, por não estar inserido nos locais de prestígio da medicina acadêmica, também não podemos classificá-lo puramente como médico ordinário, já que o mesmo não dependia exclusivamente de suas consultas para seu rendimento. Podemos apontar esse tipo de médico como o que enxergava a atuação nas casas de saúde como uma possibilidade para adentrar na elite socioprofissional. Mesmo assim, conseguimos identificar um pedido de reclamação sobre honorários médicos não pagos feito pelo dr. Tavano ao inventário de José de Mello Affonso. O valor correspondia a 8 visitas

totalizando 280\$000, o que reafirmou o quanto a consulta fazia parte do dia a dia dos médicos e a necessidade desses rendimentos, inclusive para os que trabalhavam em casas de saúde.

O último personagem que conseguimos ter acesso na documentação mais detalhada foi o dr. João Pedro de Miranda. O médico trabalhava em seu consultório na rua do Rezende atuando também na casa de saúde do Senhor bom Jesus do Calvário localizada na rua de São Pedro. Tal estabelecimento se rogava o título de " mais atualizado e melhor serviço hospitalar da corte"; sendo que no ano de sua inauguração contava com médicos como Hilário de Gouvêa (diretor geral) e Saldanha da Gama⁸⁴. Mais uma vez, conseguimos encontrar um padrão composição dos quadros médicos das casas de saúde, onde tínhamos a presença de médicos da elite médica juntamente com médicos ordinários, trabalhando no mesmo espaço e com determinadas especializações médica.

O dr. Miranda trabalhava como operador de moléstias urinárias no seu consultório e na casa de saúde. A documentação que tivemos acesso referente ao médico, versava sobre uma reclamação de uma dívida não paga pela cirurgia feita no menor Antonio, filho de José Machado Ferreira na própria casa de saúde. Embora não conseguíssemos acesso aos procedimentos realizados pelo médico, foi um dos poucos relatos da atuação de um médico dentro da casa de saúde, incluindo a cobrança por seus serviços de especialista que foram realizados no local.⁸⁵

E certo que o advento das especializações no final do século XIX, impactou de forma decisiva a organização socioprofissional dos médicos, dando maiores oportunidades de movimentações sociais dos novos médicos especialistas. Ao observamos que as casas de saúde, como a do dr. Tavano, ofereciam como diferencial tratamentos de médicos especialistas, conseguimos entender como a associação entre as casas de saúde e as especialidades médicas foi um fator determinante para as modificações que a medicina acadêmica passava no final do século XIX. Weisz (2003) observou o mesmo movimento histórico da medicina na Inglaterra e na Alemanha. Para o autor, as especializações nesses países surgiram à margem das instituições oficiais, como um diferencial que possibilitava a inserção de médicos e pesquisadores nas instituições de prestígio. No caso do Rio de Janeiro, embora a presença de médicos da elite no processo de especialização da medicina seja notória, a possibilidade da atuação de novos médicos através dos espaços das casas de saúde,

⁸⁴ Os dois médicos pertenciam a elite médica, sendo o primeiro professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

⁸⁵ João Pedro de Miranda, maço 311, número 5701

permitia uma maior movimentação social dos médicos ordinários. Essa movimentação poderia servir de estratégia para os mesmos ascenderem socialmente dentro de seus ofícios.

Nesse capítulo conseguimos analisar o impacto do surgimento das especializações médicas nas transformações pelas quais a medicina acadêmica passou ao longo da segunda metade do século XIX. Entendemos que essa análise também foi essencial para investigarmos os médicos ordinários, já que os mesmos lançavam mão de sua atuação enquanto especialistas como estratégia de mobilidade socioprofissional. Por definição os mesmos eram os que atuavam em maior número, e nesse sentido, também se destacavam entre os especialistas. Com isso conseguimos entender de forma mais completa as modificações na medicina acadêmica, objetivo do presente trabalho.

Capítulo 4

Os ofícios de cura no espaço histórico-geográfico do Rio de Janeiro

No presente capítulo debateremos o último tópico a ser abordado nessa pesquisa: como o espaço histórico-geográfico do Rio de Janeiro influenciou e foi influenciado pela presença da medicina acadêmica. Nosso foco foi o ofício médico e suas divisões internas (elite médica e médicos ordinários). Para tal objetivo, utilizaremos o Almanaque Laemmert como principal fonte. A utilização das informações espaciais contidas nos anúncios do Almanaque nos permitiu chegar à localização da atuação dos médicos na cidade do Rio de Janeiro dentro do período estudado. A partir dessas informações, utilizaremos o Sistema de Georreferenciamento Histórico como instrumento teórico/metodológico de análise das informações espaciais contidas nos anúncios presentes no Almanaque Laemmert. Com esta análise, procuramos identificar espacialmente as relações existentes entre a medicina acadêmica, assim como suas disputas pelo espaço de atuação na cidade.

Ao trabalhar com a trajetória de Jeronymo José de Mello, um latoeiro⁸⁶, Zephyr Frank (2007) utilizou fontes similares à presente pesquisa como o Almanaque Laemmert, muito embora tenha tido preocupações distintas. O foco do trabalho de Frank foi o estudo da evolução do capitalismo na cidade do Rio de Janeiro através da análise de artesões, como Jeronymo. Ao invés de estudar um caso específico, optou por uma abordagem quantitativa através da geografia histórica, como o autor descreve:

Told in isolation, Jeronymo's story provides only a limited vignette of urban life in nineteenth-century Rio de Janeiro. But what if thousands of similar stories could be plotted on a map of Rio, so that the intersection of lives and locations, the layers of time and structure, and the flow of change wrought by social and economic forces could be woven together into a rich historical tapestry? This scenario is the guiding vision of this article. (FRANK, 2007, p. 308)⁸⁷

⁸⁶Aquele que trabalha no ofício de fabricação de latas e utensílio que serve de embalagem de produtos.

⁸⁷"Analisada de forma isolada, a história de Jeronymo fornece apenas uma vinheta limitada da vida urbana no Rio de Janeiro no século XIX. Mas e se milhares de histórias semelhantes pudessem ser localizadas em um mapa do Rio, de modo que a interseção de vidas e locais, as camadas de tempo e estrutura e o fluxo de mudanças operadas pelas forças sociais e econômicas pudessem ser entrelaçados em uma rica tapeçaria histórica? Este cenário é a visão orientadora deste artigo". Tradução livre

Sua ideia de milhares de histórias cruzadas em um mapa traçando uma rica tapeçaria histórica (FRANK, 2007) nos parece instigadora dentro do trabalho com mapas, pois estudamos a trajetória dos médicos ordinários no mesmo período que Frank estudou os latoeiros. Para tal projeto, Frank utilizou o trabalho com SIG enquanto técnica de análise dos dados históricos. A posse de um considerável banco de dados permitiu inúmeros cruzamentos e representações espaciais.

O conceito sobre o que é o Sistema de Informação Geográfica na história (SIG) não é unânime, contudo é consenso que as inovações trazidas pelo SIG estão relacionadas com a criação, manipulação, visualização e análise de banco de dados geográficos (REBELATTO & FREITAS, 2011). Seu impacto deveu-se principalmente à possibilidade de visualização e interação com o objeto histórico estudado, características significativas se levarmos em consideração o interesse do público atual. Ao permitir integrar dados que se conectam através de dados espaciais, o uso do SIG “tem-se mostrado uma boa ferramenta analítica para historiadores, especialmente, em pesquisas que possuem um grande volume de informações georreferenciáveis” (REBELATTO & FREITAS, 2011, p. 2). Quando temos a perspectiva de trabalhar com um universo de mais de nove mil anúncios que forneceram endereços e localizações espaciais de médicos na cidade do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, o trabalho com SIG nos parece útil.

Assim como Frank, que utilizou o Almanaque Laemmert para obter os dados de localização dos endereços dos latoeiros, em nossa pesquisa também utilizamos o Almanaque para entender melhor a distribuição e os deslocamentos espaciais que os médicos realizaram na corte. Nossa grande preocupação foi conseguir analisar, ao longo do período de 1844 até 1889, as redes de atuação que os médicos traçaram na cidade. A partir dessas redes, construir mapas que fornecessem dados de análise e visualização da ação dos médicos ordinários na cidade do Rio de Janeiro. Através dessa visualização, procuramos traçar padrões de deslocamentos, lugares de maior incidência de atividades e divisões socioprofissionais por espaço da cidade. Para essa tarefa, a utilização da técnica de análise espacial ligada ao SIG⁸⁸ nos pareceu essencial, pois “nos possibilita a análise dos dados, utilizando diferentes filtros e escalas, cruzando informações e produzindo visualizações de forma dinâmica e inovadora” (REBELATTO & FREITAS, 2011, p. 2), além de qualificar melhor a análise das fontes citadas.

⁸⁸ Endereço eletrônico: <http://www.stanford.edu/group/spatialhistory/cgi-bin/site/project.php?id=999>. Acesso em 19 de Julho de 2017.

1- A elaboração dos mapas

Em nossa dissertação, efetuamos uma tentativa rudimentar de análise georreferenciada sobre a presença dos barbeiros na cidade do Rio de Janeiro, objeto do trabalho. Nossa grande dificuldade foi a falta de ferramentas metodológicas e técnicas. Entendendo essa dificuldade e com a perspectiva de continuar o estudo de informações históricas georreferenciáveis no doutorado, tivemos contato com a bibliografia sobre SIG histórico, já citada anteriormente. Tão importante quanto o contato com essa bibliografia foi a possibilidade de desenvolvimento técnico da pesquisa. Conseguimos nos aprimorar no uso do software de georreferenciamento denominado ArcGIS. Através do uso do ArcGIS, aperfeiçoamos a análise feita anteriormente e avançamos quantitativamente e qualitativamente em nossa atual pesquisa.

O software ArcGIS foi criado pela empresa americana ESRI no fim da década de 1990 e constitui uma plataforma primária de última geração para realizar as análises em ambiente georreferenciável. Com o surgimento dos computadores pessoais de baixo custo e com capacidade de processamento de dados gráficos foi desenvolvida uma nova geração de softwares para Sistemas de Informação Geográfica (SIG).

Esses softwares, conhecidos como Desktop Mapping (DM), tinham como objetivo espalhar nas organizações o uso de dados geográficos que antes estavam restritos a laboratórios bem equipados e caros. Com os DMs os usuários passaram a acessar os bancos de dados geográficos de seus próprios equipamentos pessoais, podendo gerar consultas, mapas e relatórios que antes precisavam ser "encomendados" em um centro de processamento de dados. Assim, os grandes avanços tecnológicos originaram softwares altamente eficazes para o processamento das informações geográficas. Foi a partir da possibilidade da utilização de equipamentos pessoais para a análise dos SIG, que permitiu a popularização de tal técnica e conseqüentemente o trabalho em questões históricas.

Os DMs deram origem também aos sistemas voltados para Internet, que possibilitam o acesso remoto a uma base de dados armazenada em um servidor WEB. Hoje, o ArcGIS Desktop tem a capacidade de interagir com aplicativos como o Google Earth, por exemplo, exportando arquivos vetoriais ou ainda importando imagens. Com a importação dados

cartográficos da internet, conseguimos vetorizar⁸⁹ nossos mapas históricos e assim, trabalharmos com posições geográficas precisas em tempos históricos diferentes. Em outras palavras, utilizamos a base de dados do Google Earth e aplicamos suas referências espaciais na planta histórica do Rio de Janeiro.

São funções do ArcGIS⁹⁰: utilização de várias projeções cartográficas definidas no momento da apresentação dos dados em tela, sem a necessidade de transformações físicas nos dados originais; interface customizável que pode ser adaptada às necessidades dos usuários; disponibilidade de uma linguagem de programação orientada para objetos; edição de dados tabulares, possibilitando a inclusão de novos itens nas tabelas alfa-numéricas, a exclusão de itens existentes e a alteração dos valores armazenados; digitalização de dados vetoriais na tela ou através de mesa digitalizadora; processamento de imagens de satélite; processamento de redes geográficas; leitura direta de arquivos shapefiles (ArcView), coverages (Arc/INFO), CAD (Computer-Aided Drafting), imagens (TIFF, JPEG, BMP, etc.), grids (raster), TINs (Triangulated Irregular Networks) e tabelas (atributos).

A partir dessas ferramentas, conseguimos introduzir informações georreferenciadas utilizando como base algum tipo de mapa. No exemplo abaixo, indicamos o mapa que trabalhamos ao longo de todo o capítulo: mapa da cidade do Rio de Janeiro de 1852 da coleção Garnier. Além desse mapa, utilizamos também como referência o mapa da coleção Gotto da cidade do Rio de Janeiro no ano de 1866, disponibilizado no site do CECULT⁹¹, que nos forneceu a localização dos números em cada rua da cidade, informação não disponível no

⁸⁹É a ação de transformar linhas e contornos de uma foto ou imagem em representações numéricas para ser lida em computador. Em nosso caso, transformar referências geográficas, como paralelos e meridianos, em dados utilizáveis em mapas históricos

⁹⁰Além dessas funções o software possui cinco componentes de extensão: ArcMap: utilizado para criar e interagir com os mapas. As informações geográficas são visualizadas, editadas, analisadas e consultadas de forma interativa. São disponibilizadas duas formas de visualização dos dados: a visualização geográfica (Data View) e a visualização de layout (Layout View). Os mapas são construídos sobrepondo-se os temas (Layer), os quais são adicionados na tabela de conteúdo. ArcCatalog: é semelhante ao Windows Explorer, pois permite navegar a árvore de diretórios locais ou remotos para procurar, pré-visualizar, documentar e organizar arquivos. Entretanto, é adaptado às informações geográficas, pois simplifica os dados, os quais são constituídos por um conjunto de arquivos. ArcToolbox: é um aplicativo disponível apenas dentro dos demais: ArcMap, ArcCatalog, ArcGlobe e ArcScene. De maneira simples e direta, funciona como uma “caixa de ferramentas” de SIG utilizadas no geoprocessamento. Dentre elas destacam-se: análises espaciais, projeções, transformações, etc. ArcGlobe: é semelhante ao ArcMap, porém apresenta informações em uma visão 3D. As layers são associadas a uma fonte de dados tridimensional em comum. ArcScene: permite a visualização dos mapas, além de criar animações em uma apresentação dinâmica dos dados. ⁹⁰ Utilizamos principalmente o ArcMap e ArcCatalog.

⁹¹ Endereço eletrônico: <http://www.unicamp.br/cecult/mapastematicos/>, acessado em 25/03/2012

mapa Garnier de 1852. Através desses instrumentos e fontes, trabalhamos com a análise dos dados coletados. Abaixo o mapa citado da coleção Gotto.

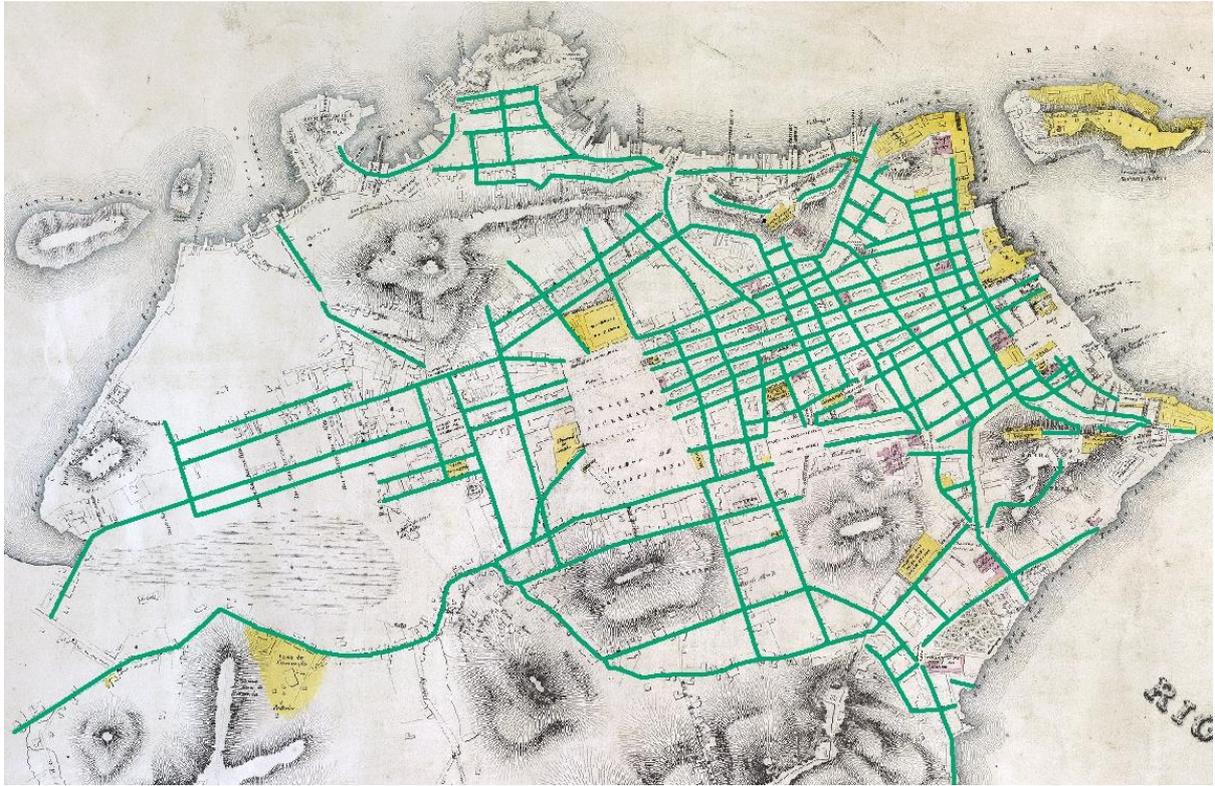
Mapa1: Mapa coleção Gotto, 1866, Rio de Janeiro



Fonte: Mapa coleção Gotto 1866 Rio de Janeiro/Edward Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866.

A partir da possibilidade de georreferenciar esse mapa, ou seja, introduzir coordenadas geográficas em pontos de referência, conseguimos transformar o traçado das ruas, consultórios médicos e freguesias em informações editáveis.

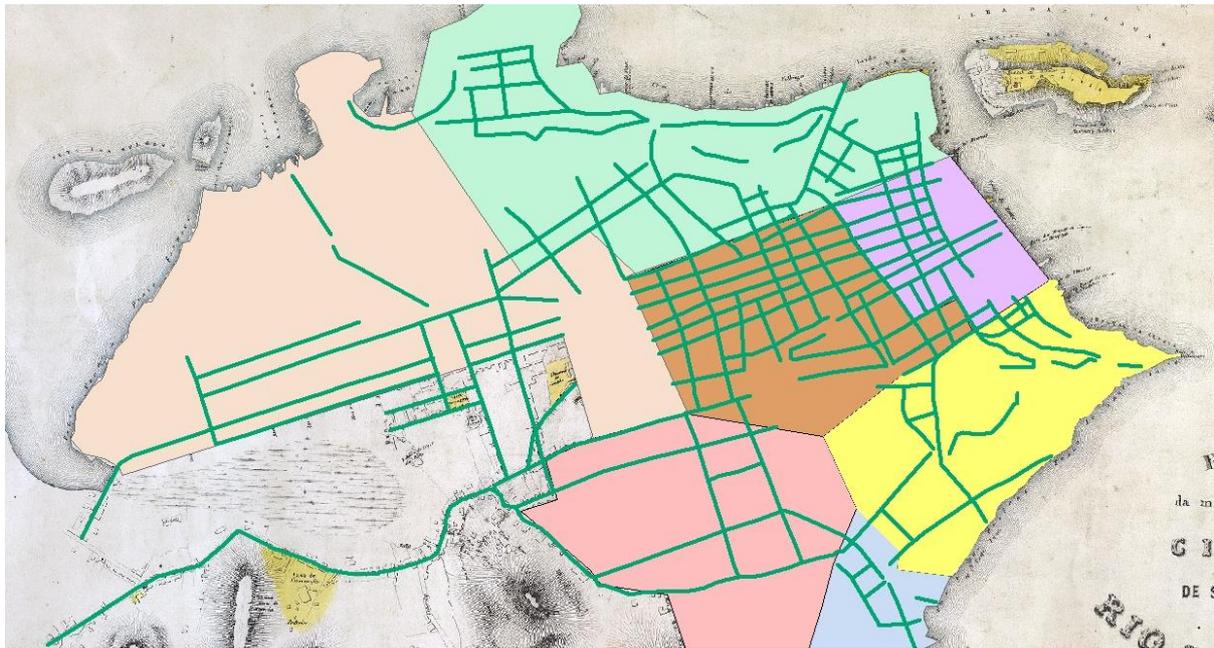
Mapa 2: Mapa coleção Gotto, Rio de Janeiro, 1866 - Ruas



Fonte: Mapa coleção Gotto 1866 Rio de Janeiro/Edward Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866.

Além da divisão das ruas, que são trabalhadas a partir de linhas, podemos traçar pontos e polígonos. A partir do trabalho com polígonos estruturamos o contorno da divisão de freguesias da cidade.

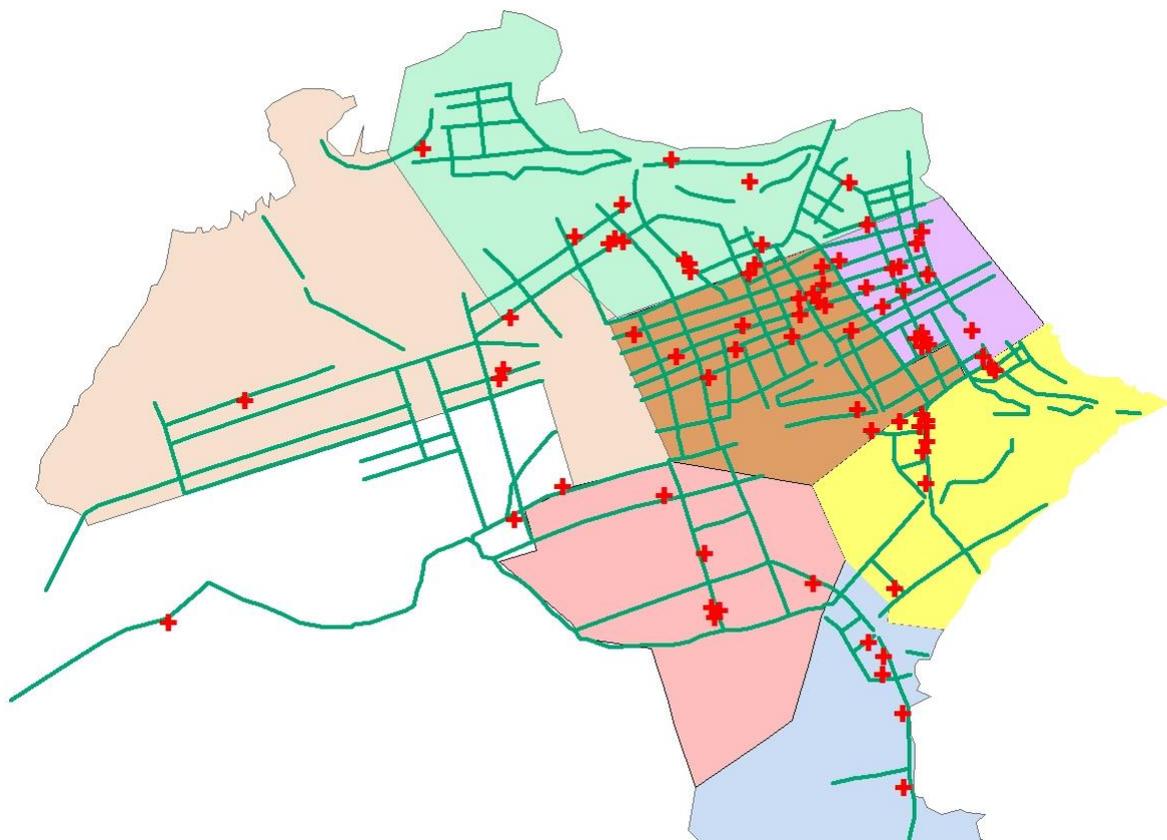
Mapa 3: Mapa coleção Gotto, Rio de Janeiro, 1866- Polígonos



Fonte: Mapa coleção Gotto 1866 Rio de Janeiro/Edward Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866.

Depois de introduzirmos todos os dados em cima da camada principal da planta da corte, trabalhamos com as linhas (ruas), polígonos (freguesias) e pontos (consultórios médicos), de forma independente, sem necessariamente dependermos da primeira camada representada pelo mapa histórico. No exemplo abaixo, observamos as três formas de representação, sem a primeira camada (mapa da corte), sendo os pontos (cruzes vermelhas) representando a presença dos anúncios de consultórios médicos no ano de 1852.

Mapa 4: Mapa Georreferenciado do Rio de Janeiro; linhas pontos e poligonos



Fonte: Mapa coleção Gotto 1866 Rio de Janeiro/Edward Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866.

A partir da possibilidade da inserção de dados georreferenciáveis nos mapas históricos através do ArcGis, trabalhamos com as informações referentes a mais de 9 mil anúncios médicos presentes no Almanaque Laemmert. Os anúncios nos deram a possibilidade de analisar dados georreferenciáveis, já que disponibilizavam o endereço dos locais de atuação dos médicos.

Cabe destacar que embora dentro do universo de mais de 9 mil anúncios (referentes a 5 mil médicos), que diziam respeito a médicos, conseguimos ter acesso direto a fontes judiciais de apenas 82 médicos. Na maior parte dos casos, tivemos a possibilidade apenas de analisar duas variáveis constantes: o nome dos médicos e seus endereços. Essas duas variáveis nos permitiram traçar deslocamentos no tempo e no espaço da cidade, além, é claro, de analisar os locais de maior ou menor concentração de médicos. Sendo assim, nosso estudo

no presente capítulo, se baseou nas informações de locais de atuação dos médicos na cidade através dos anúncios presentes no Almanaque Laemmert.

Ao analisar o espaço geográfico da cura na corte, usamos como recorte temporal o estudo através das décadas. Apesar de ter dados da década de 1840, escolhemos iniciar o trabalho a partir da década de 1850. Nosso motivo foi a impossibilidade de inferir os dados dos primeiros cinco anos e a pouca representatividade que esse estudo sobre o período 1844-1849 obteria, já que modificações mais significativas no processo da institucionalização da medicina acadêmica, foram observadas a partir de 1850 (EDLER, 2014). Para fim metodológico, trabalhamos com recortes de 10 anos. Estudamos as décadas de 1850, 1860, 1870 e 1880. Mesmo abordando de forma separada cada década, ao final da análise, debatemos, através de uma visão global, o processo como um todo.

2- A Geografia da corte

Antes de analisarmos especificamente os dados relativos aos anúncios de médicos na cidade, cabe entendermos as características do espaço geográfico da corte na segunda metade do século XIX. No segundo capítulo, ao debatermos a composição do mercado de médicos na corte, recorreremos a um estudo demográfico do mesmo. No presente capítulo, utilizaremos os dados demográficos já apresentados para entendermos agora, não mais o mercado médico, mas a própria divisão espacial do Rio de Janeiro. Na tabela abaixo, podemos observar o número de habitantes em relação à quantidade de médicos anunciantes:

Quadro 21: Número de médicos em relação a população da corte

| | 1849 | 1870 | 1890 |
|--------------------|---------|---------|-------------------|
| População da corte | 266.466 | 274.972 | 522.651 |
| Médicos na corte | 206 | 356 | 752 ⁹² |

Fonte: Almanaque Laemmert

Embora não tenhamos informações sobre o número populacional a cada 10 anos, ideal quando pretendemos trabalhar o espaço através das décadas, com os dados que obtivemos podemos nos aproximar ao máximo da quantificação ideal.

⁹² Número referentes ao ano de 1889.

Quando tratamos de espaço geográfico, os números populacionais não são necessariamente os dados mais relevantes, mas sim como essa população se dividia nas várias regiões da cidade. Por esse motivo, entender a dinâmica própria de cada região foi fundamental em nossa análise. A partir do século XIX, com o crescimento da cidade, conseguimos observar uma divisão social estratificada dentro do espaço urbano carioca. Antes, por seu espaço e formação limitada, as diferenciações entre as classes sociais passavam mais por roupas e estilos de vida do que propriamente por espaços de moradia (ABREU, 1997).

O grande marco para o começo da estratificação social do Rio de Janeiro foi a transferência da corte para a cidade a partir de 1808. Com a chegada da corte e do seu aparelho administrativo, algumas freguesias urbanas começaram a se distinguir e serem preferidas como zonas de moradia pelos nobres e melhores da terra, destacando-se a freguesia da Candelária e de São José. Ambas eram lugares onde se estabeleceram os prédios administrativos, como o Paço Imperial (ABREU, 1997).

Para além das freguesias centrais, observamos um deslocamento das classes mais altas para as áreas próximas, como Glória e Catete, onde antes existiam grandes chácaras que começaram a se desmembrar e servir de local de moradia. Nesse período inicial, também observamos a crescente importância da freguesia de São Cristóvão, local de residência da família Real e depois Imperial. Assim, no final da primeira metade do século XIX através de obras de aterramento e abertura de vias, a população mais abastada do Rio de Janeiro começou a se deslocar para bairros mais próximos na zona sul da cidade e da região de São Cristóvão, dando início às segregações dos espaços da cidade.

Só a partir da década de 1870, identificamos uma ampliação da expansão da cidade e, conseqüentemente, estratificação do solo urbano. Isso se deveu à lógica dos transportes: com a criação da estrada de ferro Pedro Segundo (Central do Brasil) e a expansão das linhas de bondes puxados a burro para as áreas da Zona Sul da cidade (Botafogo, Largo do Machado e Copacabana), os deslocamentos ficaram mais fáceis e o crescimento da cidade se acelerou. Mesmo com essa expansão, o centro continuava a figurar como área de maior concentração das atividades econômicas e as classes sociais mais baixas eram as que efetivamente trabalhavam nessa área. Com isso, a área central começou a abrigar essas classes em moradias como os cortiços. As áreas mais afastadas, principalmente as da zona sul, começaram a ser caracterizadas pela presença das classes mais abastadas. Nesse período

surgiu outro aspecto que favorecia a zona sul como área de escolha preferencial de habitação das classes altas: a difusão da ideologia associada ao estilo de vida moderno que via as localizações à beira-mar como melhores (ABREU, 1997). Nesse aspecto, Botafogo começou a se destacar como preferência quase natural. Essa escolha foi um dos motivos para o gradual recuo de São Cristóvão como freguesia valorizada e também das áreas que margeavam a Estrada de Ferro D. Pedro II.

2.1 Freguesias Urbanas

Até pelo menos a década de 1870, grande parte da população e dos serviços oferecidos na corte se concentrava nas freguesias urbanas da cidade. Embora pertencentes à área central da cidade, essas freguesias possuíam características distintas entre si, que procuramos analisar de forma mais detalhada. Nosso primeiro ponto de análise foi o número de habitantes em cada freguesia, assim como a evolução da taxa de crescimento, dados presentes no quadro abaixo:

Quadro 22: Números de habitantes por freguesia Urbana da Corte

| Freguesia | População | | Taxa de Crescimento |
|-----------------------------|-----------|---------|---------------------|
| | 1838 | 1870 | 1838-1870 |
| Candelária | 10.113 | 9.239 | -9% |
| São José | 14.410 | 20.220 | 40% |
| Santa Rita | 14.557 | 23.810 | 64% |
| Sacramento | 24.256 | 24.429 | 1% |
| Santana | 15.773 | 32.686 | 107% |
| Santo Antonio ⁹³ | - | 17.427 | - |
| Freguesias Urbanas | 79.109 | 127.811 | 33,83% |

Fonte: Abreu, 1997, pag. 39.

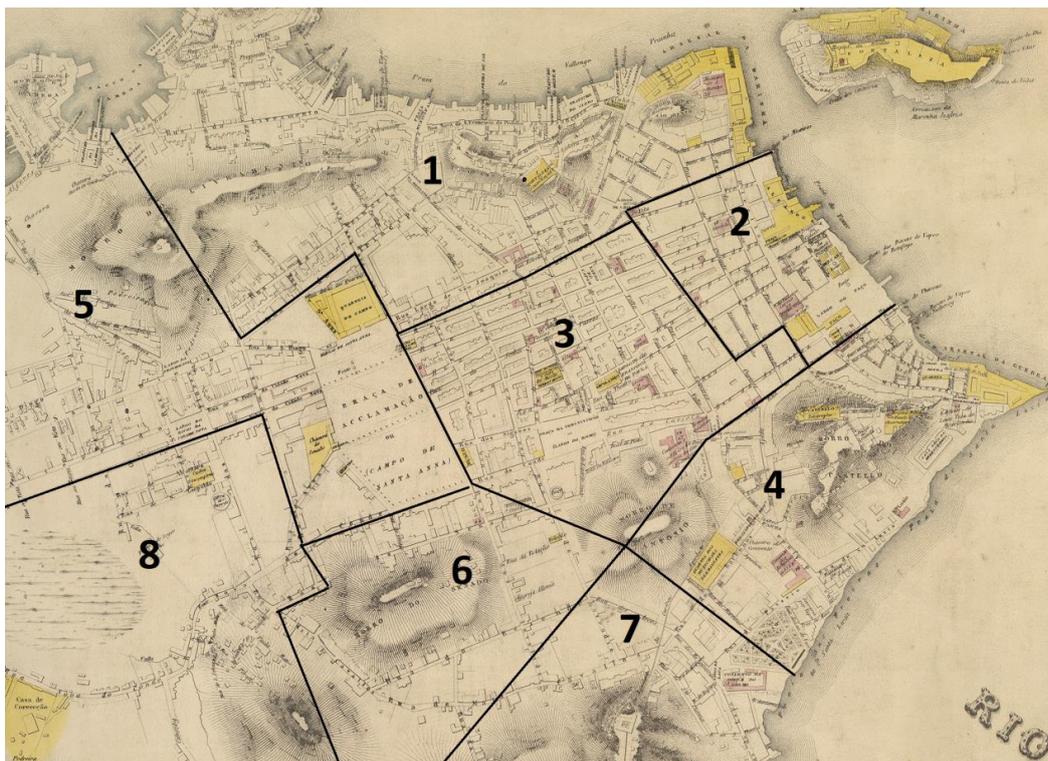
Ao analisarmos os números absolutos da população de cada freguesia entre os anos de 1838 e 1870, verificamos queda e estagnação, respectivamente, no número de habitantes das freguesias da Candelária e Sacramento, que eram as freguesias de ocupação mais antiga da cidade. Em comparação, em Santa Rita e, principalmente, Santana (onde se situava o porto,

⁹³ Santo Antonio foi desmembrada das freguesias de São José, Santana e Sacramento no ano de 1854.

sendo porta de entrada na cidade), observamos um aumento expressivo, constituindo as regiões da cidade que mais se expandiram. Outra freguesia que podemos destacar por conta de seu crescimento foi a de São José, no eixo sul da cidade. Seu alargamento foi significativo a ponto de ser desmembrada em outra freguesia, a de Santo Antonio. Podemos observar no eixo sul, o começo do deslocamento da população para as freguesias da zona sul da cidade, movimento que se concretizou no final do século XIX com a expansão das linhas de bonde.

Em nosso primeiro mapa, demarcamos as localidades que foram trabalhadas a partir dos anúncios médicos com a divisão das respectivas freguesias. De posse dos números populacionais de cada freguesia, através do mapa, podemos observar as áreas de maior concentração urbana e estruturas viárias. Essas informações foram extremamente úteis quando traçamos os deslocamentos e presenças espaciais dos médicos na Corte.

Mapa 5: Freguesias Urbanas do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

1: Freguesia de Santa Rita ;2: Freguesia da Candelária ;3: Freguesia de Sacramento; 4: Freguesia de São José; 5: Freguesia de Santana; 6: Freguesia de Santo Antonio; 7: Freguesia da Glória ;8: Freguesia do Espírito Santo

Outra possibilidade de analisarmos as localidades é por concentração de atividades, conforme apresenta Frank (2010). Assim, conseguimos traçar os locais de maior ou menor incidência de serviços oferecidos. Essa classificação delimitou de certa forma as diferenças estruturais de cada freguesia do Rio de Janeiro. No mapa abaixo observamos essa classificação.

Mapa 6: Concentração de serviços nas Freguesias 1870



Fonte: Frank, 2010, pag. 87.

Nesse mapa, podemos inferir uma divisão a partir de serviços em cada zona da cidade. Nos chama atenção a Pequena África, região próxima do porto e, por conseguinte, de maior presença dos escravizados e alforriados. Foi nessa região onde se observou o maior crescimento e concentração populacional. Outras duas áreas que se destacaram foram o distrito dos negócios, pertencente a freguesia de Santa Rita e vizinho ao porto, e a área que o autor denominou de “artisanheartland”, que seria o centro de concentração dos serviços na cidade. Essa área de serviços englobava parte da freguesia da Candelária e de Sacramento, as duas freguesias com menor aumento populacional, o que refletiu a mudança ao longo das décadas da função dessas zonas. Se antes eram freguesias com moradias, no decorrer dos anos foram sendo ocupadas de maneira mais significativa por negociantes e prestadores de serviços diversos.

Em nosso estudo sobre barbeiros-sangradores (DANTAS, 2013), analisamos de forma comparada, a presença dos barbeiros em relação aos médicos nas freguesias urbanas do Rio

de Janeiro entre os anos de 1844-1848. Nessa análise observamos maior presença dos barbeiros em duas freguesias específicas, Sacramento, com 43%, e Candelária, com 25% dos barbeiros que anunciaram nesse período. Continuamos com essa constatação ao avançarmos a análise para o período de 1874 até 1878 com Sacramento registrando 38% dos anúncios e Candelária com 27% (DANTAS, 2013, p. 60). A partir desses números, concluímos que a concentração das barbearias nessas duas áreas provinha de duas características distintas. A freguesia de Sacramento seria aquela onde existiria uma maior concentração de moradores das camadas sociais mais baixas; e a da Candelária a que concentrava mais estabelecimentos comerciais e burocráticos, o que condiz com a divisão apresentada por Frank (2010, pag. 86) no mapa anteriormente citado.

A partir dessa análise e com o objetivo de delimitar áreas na cidade por estratificação social, comparamos a presença de médicos com a de barbeiros-sangradores. Entendendo que os barbeiros eram representantes das camadas populares e os médicos eram representantes da elite, observamos que embora fosse possível perceber algumas divisões espaciais, compartilhamos a análise de Mauricio Abreu (1997) ao entender que até pelo menos o final do século XIX, era praticamente impossível observar estratificações sociais em relação aos espaços geográficos na corte. Em outras palavras, não havíamos observado uma divisão social por freguesias na cidade. Essa divisão só seria possível ser identificada a partir do momento da expansão da cidade para a zona sul e para os subúrbios. Embora concordemos em grande parte com essa análise, na pesquisa de doutoramento conseguimos identificar algumas diferenciações sociais em relação aos espaços que, em um primeiro momento, tinham passado despercebidas. Mesmo entendendo, em nossa dissertação, que a classe médica não era homogênea, na comparação espacial entre barbeiros-sangradores e médicos, havíamos trabalhado com as duas categorias como se fossem blocos mais ou menos homogêneos representantes das camadas populares e elites respectivamente, até porque a análise do interior da ofício médico não era nosso objetivo principal.

No atual estudo, optamos pela análise de dois grupos distintos no interior da organização médica, a elite médica⁹⁴ e os médicos ordinários. Assim, conseguimos observar que essa diferenciação também era refletida no espaço de atuação dos mesmos na corte e com o passar do tempo esses espaços ficaram cada vez mais delimitados. A partir dessa nova

⁹⁴ Ainda que se possa verificar dissensos entre a própria elite médica (EDLER, 2014; FERREIRA, 1996).

perspectiva, analisamos a presença dos médicos ao longo das décadas estudadas e assim entendemos melhor como a divisão do espaço geográfico da corte foi transformada e consolidada. Através dessa perspectiva metodológica, trabalhamos com cada década em separado, começando por 1850.

3 Presença dos médicos no espaço geográfico da corte

3.1 Década de 1850

Para a análise da década de 1850, observamos a presença dos anúncios médicos na cidade, seus locais de atuação e possibilidade de deslocamentos. O primeiro mapa confeccionado representa a presença dos médicos pela cidade na década de 1850. Cabe destacar que, para tal análise, excluimos os anúncios repetidos e acrescentamos os que começam a anunciar de um ano para outro. Ao longo da análise geo-histórica nas décadas da segunda metade do século XIX trabalhamos sempre a partir da construção desses mapas base.

Mapa 7: Presença de Médicos na corte década de 1850



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda: Cruz Vermelha: anúncios médicos

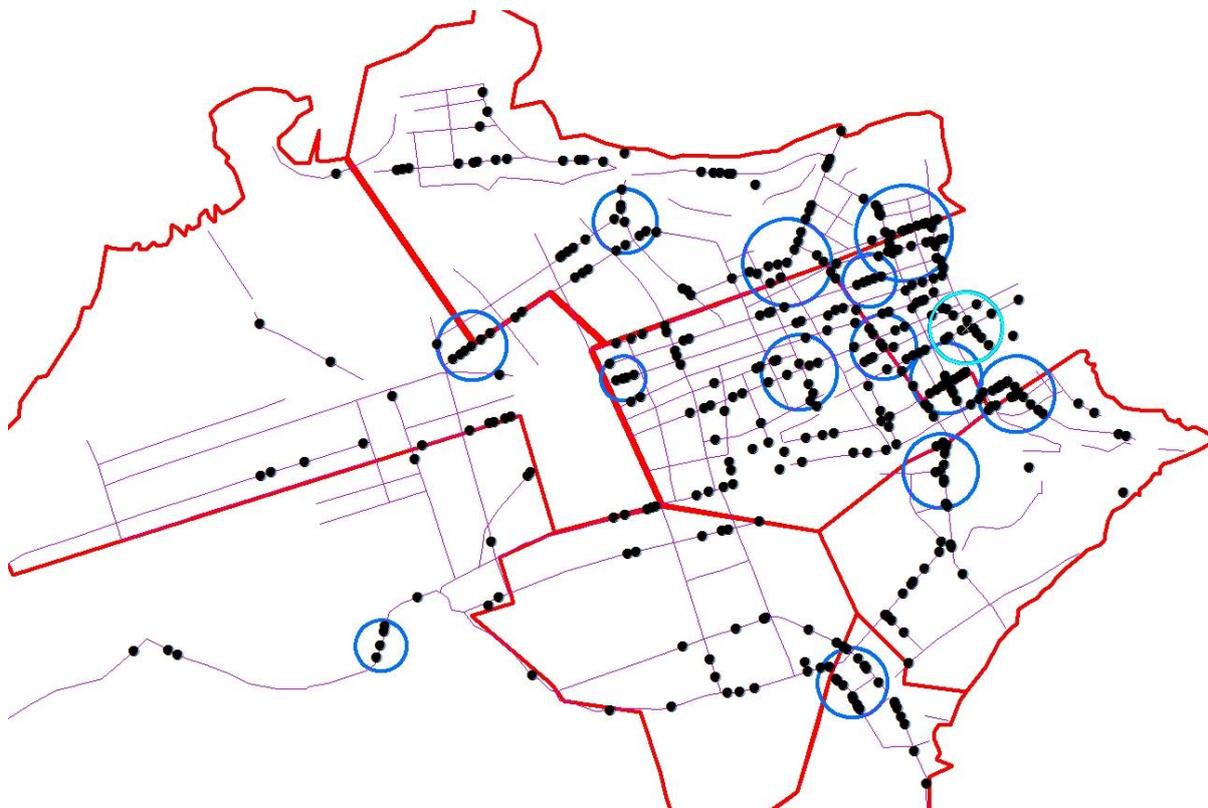
Linhas verdes: ruas da corte

Nesse primeiro mapa da série por décadas, constatamos que cerca de 25% dos anúncios referiam-se a localidades que não foram contempladas no mapa. Dentre essas localidades destacamos a zona sul da cidade, São Cristóvão e alguns anúncios na cidade de Niterói.

Nessa década, houve presença significativa dos consultórios médicos nas mais variadas áreas da corte, mas observamos também uma concentração nas áreas mais próximas às regiões identificadas como fortemente comerciais e de oferta de serviços. Destacamos nessa análise a presença dos anúncios nas esquinas da rua da Quitanda com a rua do Cano; o quadrante entre a rua Direita e a rua da Quitanda; o início da rua da Misericórdia e o encontro entre as ruas de Matacavalos e dos Arcos da Lapa.

Ao dividirmos por freguesias, observamos uma presença maior de anúncios médicos na Candelária, logo acompanhada de Sacramento. Excetuando a freguesia da Candelária, que perdeu habitantes ao longo do período, a do Sacramento era a de maior concentração populacional da cidade. Cabe ressaltar que embora os anúncios médicos apontem para uma maior presença nas freguesias apontadas, na década de 1850, já observamos uma importante presença de anúncios relativos a outras áreas da cidade.

Mapa 8: Concentração de anúncios médicos na corte 1850



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda

Pontos pretos: anúncios médicos

Círculos azuis: concentração de anúncios médicos

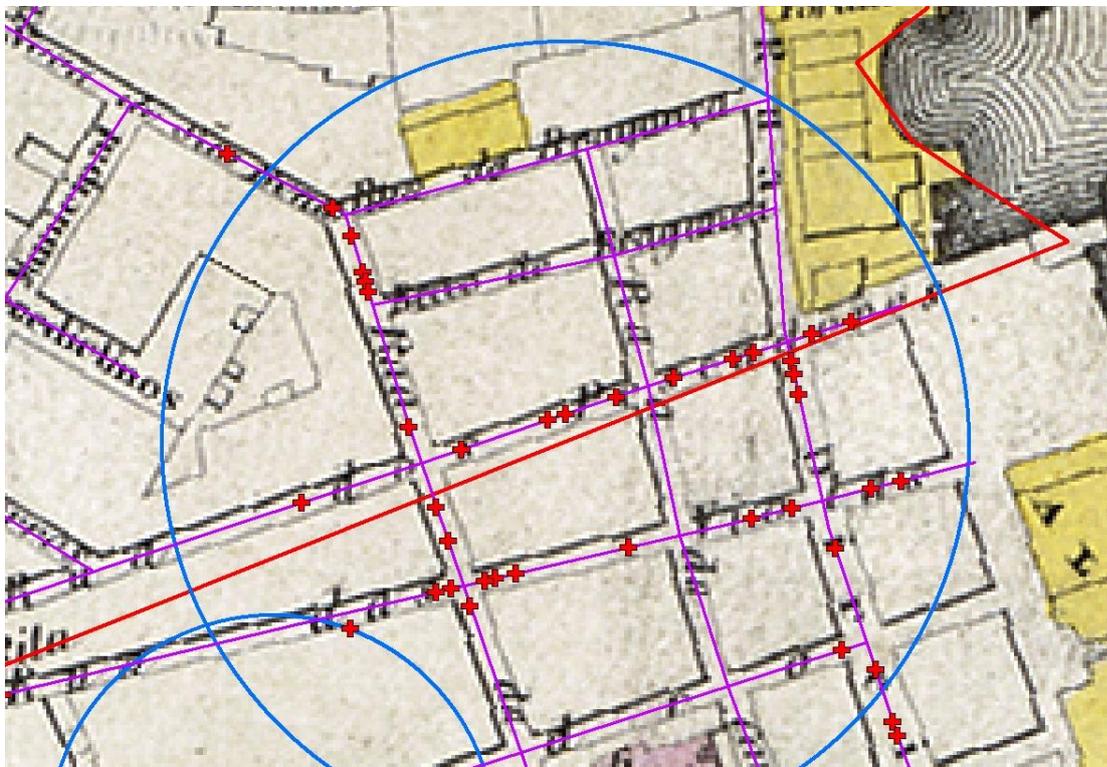
No mapa acima, construímos a representação da concentração de médicos na cidade a partir dos anúncios no Almanaque Laemmert. As divisões em vermelho representam as freguesias da cidade; os pontos pretos os anúncios médicos e as ruas, os traços roxos. Os círculos azuis ajudam a visualizar a concentração de anúncios médicos, pois demarcam agrupamentos de médicos com mais de 10 anúncios em um espaço de menos de duas ruas de diferença.

Esse mapa demonstrou uma concentração heterogênea de anúncios na cidade. Muitos estabelecimentos médicos se concentravam ao longo da divisão entre uma freguesia e outra, ou seja, nas ruas que dividiam esses espaços da cidade. Ao nosso ver, embora a possibilidade de distinguir a presença dos médicos pela divisão entre as freguesias nos ajude a entender as próprias características das localidades da cidade, elas não demonstraram claramente os

locais de atuação desses agentes, o que para nós seria a informação mais significativa. Um bom exemplo foi o quarteirão que envolve a rua de São Pedro, a rua da Quitanda e a rua das Violas. Provavelmente, esse quarteirão era o que apresentava maior número de médicos em toda a cidade na década de 1850, localizado na interseção entre as freguesias de Santa Rita e Candelária.

Nos dois mapas a seguir demonstramos a partir da aproximação da primeira imagem, que por sua proporção por vezes não representa de forma clara a concentração dos estabelecimentos médicos, a presença desses estabelecimentos em sua área de maior concentração.

Mapa 9: Interseção de presença dos médicos 1850/1



Fonte: Almanaque Laemmert

Mapa 10: Interseção de presença dos médicos 1850/2



Fonte: Almanaque Laemmert

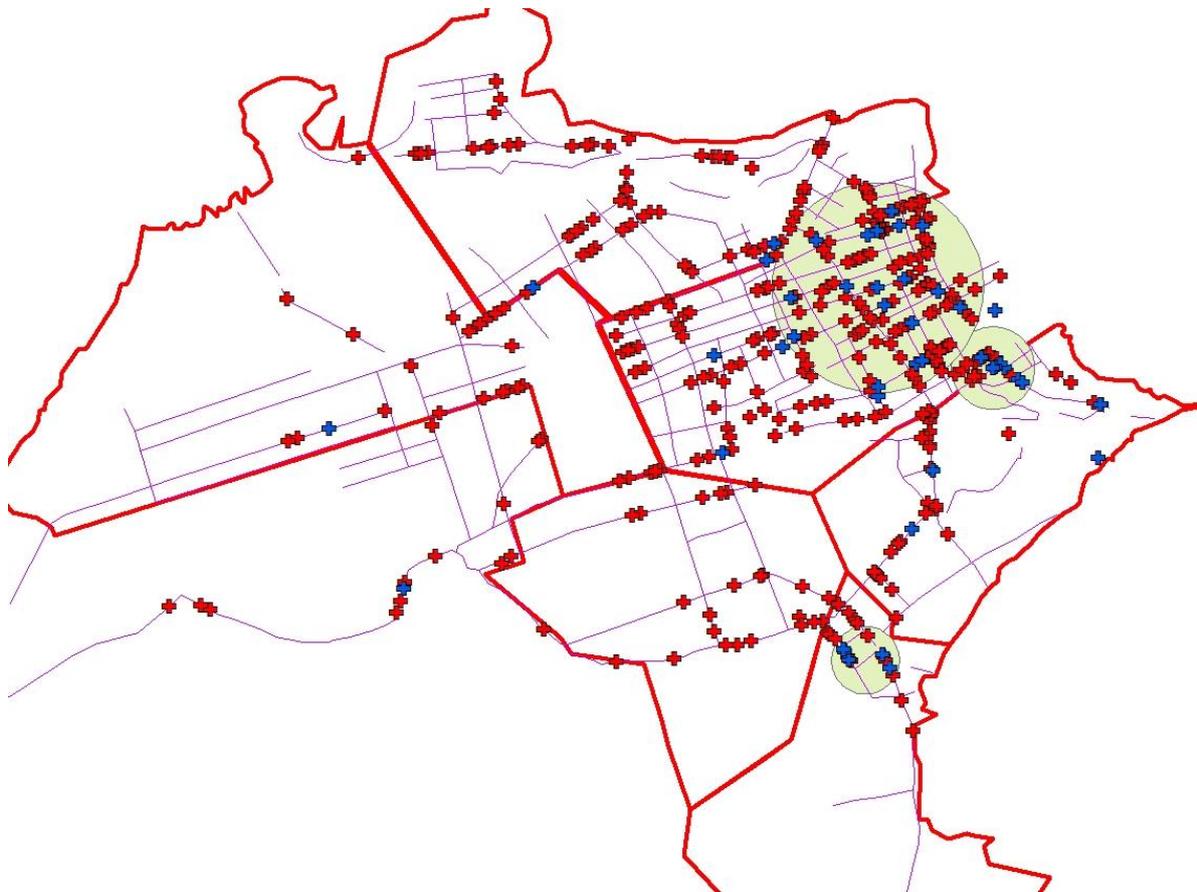
Legenda: pontos vermelhos: anúncios médicos

O mapa acima, foi retirado da coleção Gotto de 1866, sua vantagem perante as outras montagens reside na possibilidade de enxergarmos de perto a presença real dos médicos na corte. Nesse pequeno quarteirão, onde encontramos a maior concentração de médico na década de 1850, contamos 33 estabelecimentos médicos, o que de fato era significativo. Já nessa década, quando só observamos os serviços ligados à cura anunciados no Almanaque (boticas, farmácias, casas de saúde, barbearias etc.), os consultórios médicos são de longe a presença mais marcante na cidade.

Mesmo reconhecendo a importância de se observar a presença médica como um todo na cidade, assim como seus deslocamentos ao longo dos anos, talvez o fator que mais nos seja significativo na pesquisa com dados geográficos foi a possibilidade de distinguir a presença espacial dos médicos da elite médica e os médicos ordinários. No primeiro capítulo, ao identificar as características dos médicos da elite em contraposição as dos médicos ordinários, entendemos que um dos fatores determinantes, embora não único, era a participação dos mesmos em instituições científicas médicas como a Academia de Medicina e as Faculdades de Medicina. A partir desses critérios, tentamos distinguir os espaços de atuação da elite médica e dos médicos ordinários, sendo a elite médica de mais fácil

identificação. Essa divisão foi estabelecida através da possibilidade de acesso aos nomes dos médicos que atuavam na Faculdade de Medicina e na Academia de Medicina. Ao observarmos que determinado médico não pertencia a essas instituições, fizemos sua marcação gráfica diferente da marcação da elite médica. Mesmo não tendo a possibilidade de delimitar de forma mais precisa os anúncios que eram pertencentes aos médicos ordinários, ao conseguir delimitar os que eram da elite médica, tivemos a possibilidade de demonstrar as divisões espaciais.

Mapa 11: Concentração da Elite médica 1850



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda

Cruz azul: elite médica

Cruz vermelha: outros médicos anunciantes

No mapa acima conseguimos representar a cidade do Rio de Janeiro com a divisão de suas freguesias e ruas. Nossa principal suposição foi que a maioria dos anunciantes se enquadraria na descrição de médicos ordinários.

O primeiro aspecto que gostaríamos de destacar é o local de concentração dos médicos da elite. Esses locais foram representados através de círculos verde claros. O círculo maior demonstra maior presença dos anúncios da elite médica, especificamente nas regiões centrais da cidade. Os outros dois círculos menores, representam a maior concentração de estabelecimentos em uma área específica da cidade. O círculo menor mais próximo da área central da cidade era composto pelos médicos que anunciavam ao longo de toda a rua da Misericórdia até o hospital de mesmo nome, o maior e principal da época. Foi importante constatar espacialmente que os médicos da elite estariam mais próximos desse local de cura, tradicionalmente uma instituição voltada para a atuação da elite médica. O outro círculo menor se encontra localizado no início da freguesia da Glória, na rua que se transformaria no principal eixo de expansão da cidade para a zona sul. Tal questão foi investigada de forma pormenorizada ao longo dos mapas das próximas décadas.

Embora tenhamos uma facilidade maior para demonstrar os locais de atuação da elite médica, podemos analisar também a pouca presença dessa mesma elite em algumas áreas específicas da corte. A área onde encontramos maior concentração de anúncios médicos e uma menor concentração da elite médica foi próxima do porto ou a freguesia de Santa Rita. Embora observemos uma grande concentração de médicos nessa área, acompanhando o próprio crescimento da cidade por ser uma área portuária onde grande número de escravos e seus descendentes circulavam, entendemos que esse não era o principal público atendido pela elite médica (CHALHOUB, 1996). Observamos as mesmas configurações espaciais para outras áreas mais afastadas, sobre as quais tentaremos traçar padrões e levantar hipóteses no estudo mais detido de cada década. Cabe aqui ressaltar que, em número de anúncios, as elites médicas não representavam nem 10% da totalidade dos anúncios médicos para a década de 1850.

3.2 Década de 1860

A década de 1860 demonstrou algumas características diferentes da anterior. Talvez o que possamos destacar de mais significativo tenha sido a presença maior das casas de saúde nos anúncios do Almanaque Laemmert. Como dito no capítulo anterior, embora as casas de saúde começassem a surgir ainda no final da década de 1850, foi na década de 1860 que esses estabelecimentos se consolidaram no espaço geográfico da corte.

Em números totais, na década de 1860, observamos um acréscimo de 260 anúncios em relação ao último decênio. Assim, em um universo total de cerca de 3 mil anúncios,

constatamos um aumento de 10% em relação à década de 1850. Encontramos algumas características importantes na distribuição geográfica desses anúncios motivadas principalmente pela inserção de novos médicos e a modificação de endereços de outros.

Mapa 12: Mapa Geral da corte 1860



Fonte: Almanaque Laemmert

legenda:

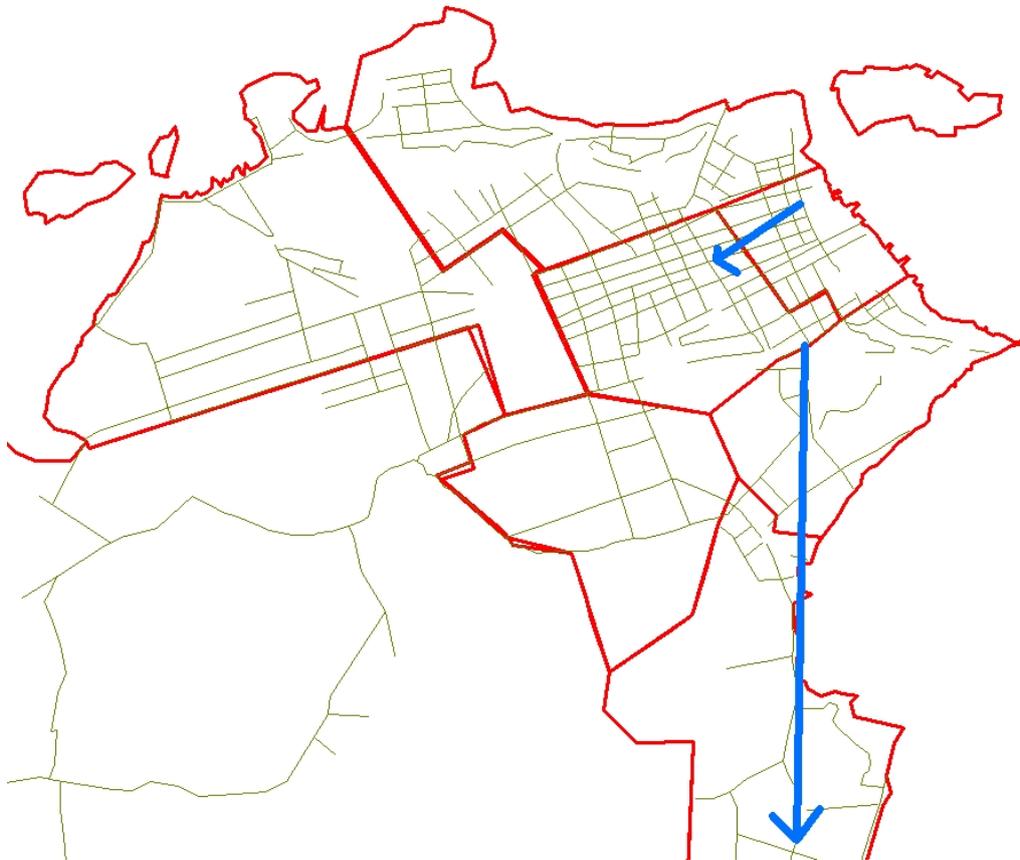
Cruz vermelha: anúncios médicos

Linhas verdes: ruas da corte

A partir da segunda década estudada, conseguimos analisar os deslocamentos dos médicos da década de 1860 em relação à década de 1850. Embora o acréscimo de anúncios médicos não tenha sido significativo em relação aos já anunciantes, observamos uma mudança na distribuição espacial dos mesmos na cidade. Manteve-se a concentração de

anúncios na freguesia da Candelária, principalmente na região do início da rua Direita, porém observamos mais anúncios relativos a outras áreas. As duas grandes modificações observadas, foram os deslocamentos para o eixo central da cidade, ou seja, em direção à freguesia de Sacramento até os limites do Campo de Sant'Anna e o deslocamento em direção à zona sul. Com esse deslocamento, observamos uma disseminação de consultórios médicos na maioria das ruas da cidade. O segundo eixo de deslocamento constituiu-se a partir da freguesia da Candelária em direção a São José e, ou seja, em direção à zona sul da cidade.

Mapa 13 - Mapa de deslocamento de médicos 1860



Fonte: Almanaque Laemmert

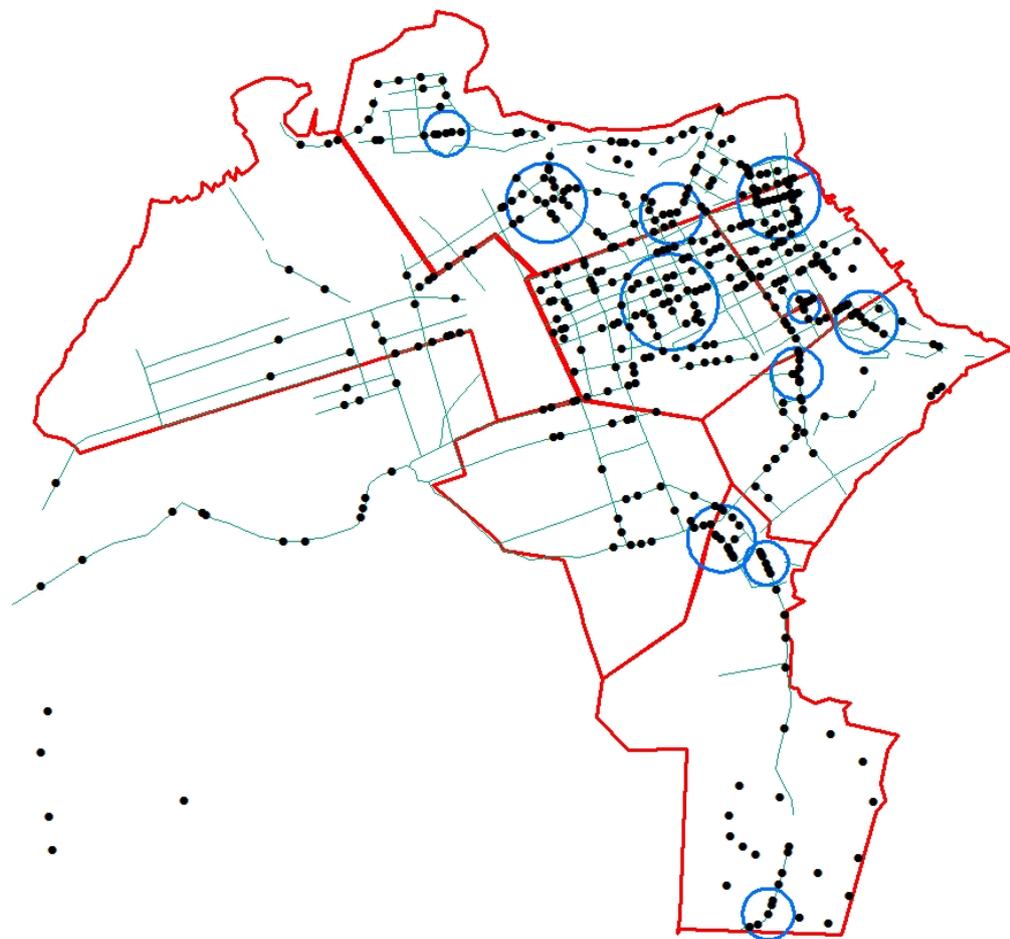
Embora os eixos demarcados tenham sido bem definidos, cabe destacar que já em 1860 observamos uma grande quantidade de médicos em áreas não contempladas pelo mapa com o qual trabalhamos. Os principais locais de presentes nos anúncios médicos foram a zona sul, já representada como eixo importante de deslocamento; a área em direção a São Cristóvão; e áreas de Niterói. Embora as áreas da periferia da corte ganhem cada vez mais

médicos, na década de 1860 as freguesias urbanas continuam sendo as com maior número de anúncios.

Mais do que um aumento de médicos nos eixos demarcados, cabe ressaltar a mudança dos anunciantes. Embora não seja tão comum, cerca de 20% dos médicos que anunciavam em um determinado endereço mudaram de um ano para outro. Podemos imputar essa mudança de endereço a uma gama de fatores relacionados às especificidades do padrão de povoamento geográfico da cidade. O dado mais significativo esteve relacionado aos médicos escolherem seus novos consultórios nas áreas de maior expansão da cidade.

Como observado anteriormente, na década de 1860 os anúncios médicos foram tantos e tão espalhados na cidade que certamente existia pelo menos um médico atuando nas proximidades de cada moradia. Dessa forma, observar padrões e concentrações de médicos em certas localidades específicas se mostrou um grande desafio. Mesmo com essa dificuldade, ao mantermos os mesmos critérios da década anterior, conseguimos delimitar alguns padrões. Nossa única modificação referiu-se ao número total de anúncios representados por quarteirão, que passou de 10 para 20.

Mapa 14: Mapa de concentração de médicos 1860



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos pretos: anúncios médicos

Círculos azuis: Concentração de anúncios médicos

Ao construir o mapa acima, observamos uma diminuição das áreas de concentração identificadas nos anúncios médicos em relação ao mapa de concentração de médicos da década de 1850, o que podemos considerar como previsível, dada a presença do deslocamento e maior dispersão dos médicos na corte. Mesmo assim, observamos a manutenção da concentração em áreas já analisadas na década de 1850, como a região do início da rua Direita (atual Primeiro de Março) e locais próximos às freguesias do Sacramento e da Candelária. De elementos novos, podemos destacar a maior presença de médicos na área do porto e nas áreas em direção à freguesia da Glória, no caminho para a zona sul da cidade.

Com essa diferença de concentração, entendemos que, embora as áreas tradicionais da presença de serviços na cidade ainda continuassem com um crescimento considerável de

oferta de serviços médicos, o crescimento mais substancial pode ser imputado à expansão desses serviços em direção a novas áreas, como as citadas anteriormente. Essas novas áreas, porto e zona sul, foram as que tiveram uma maior presença de crescimento populacional de uma década para outra. De forma geral, os anúncios médicos acompanham essa característica demográfica.

Como dito anteriormente, se olharmos só para a presença geral dos locais de atuação dos médicos na cidade, teríamos uma grande dificuldade de diferenciar as localidades por divisão social, já que esses locais eram tão disseminados que acabavam estando presentes em toda a cidade. Por essa dificuldade, quando trabalhamos com distinção de localidade por presença médica, utilizamos dois outros recursos analíticos: a concentração de médicos e a presença da elite médica. Na questão da concentração médica na década de 1860, destacamos a região da rua da Misericórdia, que por sua vez desembocava no hospital da Misericórdia.

Mapa 15: Concentração na área da Misericórdia 1860



Fonte: Almanaque Laemmert e Edwad Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866

Legenda:

Pontos vermelhos: Anúncio de consultórios médicos

Estrelas vermelhas: Anúncios de médicos atuando em Hospitais

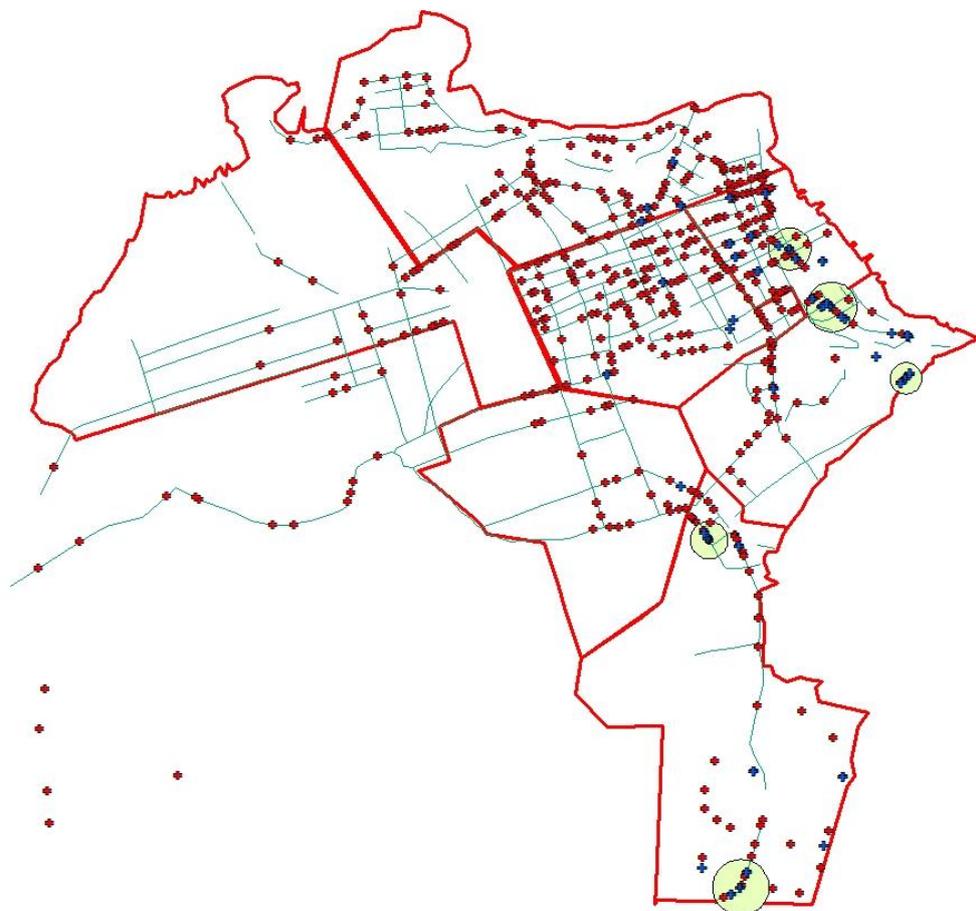
No mapa acima, observamos as marcações em vermelho representando a presença de médicos na Misericórdia. Sinalizados por estrelas vermelhas, os hospitais onde observamos anúncios médicos. Nesse ponto, destacamos o Hospital Militar e o próprio Hospital da Misericórdia. A partir de pelo menos a década de 1860, as localidades próximas à sede da Misericórdia foram áreas de maior concentração de consultórios médicos na corte. Mesmo entendendo a dificuldade de observar a divisão espacial a partir dos anúncios, certamente, a concentração de médicos e a presença do principal hospital da época, a tornava uma das regiões de maior presença e atuação da medicina acadêmica na corte no século XIX. A partir

dessa constatação, conseguimos identificar, além da presença geral dos médicos nessa região, uma grande participação da elite médica.

Ao investigar a presença dos médicos ordinários, observamos que só conseguiríamos fazer esse tipo de análise de forma indireta, ou seja, demonstrar a presença dos locais de atuação da elite médica e contrapô-los aos demais anúncios espalhados pela corte. Mesmo entendendo que poderiam existir médicos que não pertenciam a elite médica e nem a categoria de médicos ordinários. Um exemplo dessa situação seriam os médicos que são formados em medicina, mas não necessariamente atuavam na clínica médica, tendo uma grande quantidade de bens provenientes de outras atividades. Vários políticos, fazendeiros ou profissionais de todas as áreas, detinham um diploma de medicina, direito ou engenharia, as chamadas profissões imperiais (COELHO, 1999). A obtenção desses diplomas era uma forma de prestígio dentro da sociedade imperial extremamente hierarquizada. Pela própria natureza de classe e notável falta de interesse desses indivíduos formados em medicina em praticar a medicina, podemos considerar esses com pouca interferência em nossa análise, já que não teriam a necessidade de anunciar seus serviços médicos no Almanaque Laemmert. Ao constatar isso, entendemos que, se excluirmos os médicos da elite médica demarcando-os, a grande maioria dos anúncios excedentes pertenceram a médicos ordinários. Assim destacamos a possibilidade da investigação espacial desses indivíduos.

No mapa abaixo, referente à divisão da elite médica para década de 1860, observamos uma diminuição do número dos mesmos na corte. Nesse período, observamos não só a queda dos anúncios da elite médica, mas da categoria médica como um todo. Destacamos aqui o evento da Guerra do Paraguai, como principal motivo para esse comportamento inferido nas fontes. Mesmo com a diminuição geral da presença dos médicos da elite na cidade, algumas localidades se consolidaram como locais de maior presença desses médicos.

Mapa 16: Distinção entre elite médica e médicos em geral, 1860.



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos vermelhos: médicos ordinários

Pontos azuis: Médicos da elite médica

Círculos amarelos: concentração da elite médica

As áreas de concentração da elite continuaram sendo as áreas centrais da cidade, mas agora com um destaque maior para a área no entorno das instalações da Misericórdia e na freguesia da Glória. Observamos também, a falta de médicos da elite na freguesia de Santa Rita, que no período era a que mais crescia em população. Quando tratamos de médicos ordinários, observamos claramente sua grande presença em todas as localidades da cidade, mas com um destaque de concentração maior nas áreas da freguesia de Sacramento e no eixo em direção ao porto.

Além de podermos observar a diferença de deslocamento apresentada entre as décadas de 1850 e 1860, um segundo tópico que nos pareceu essencial analisar sobre a década de

1860 foram as casas de saúde. A partir dessa década, observamos a presença crescente das casas de saúde anunciando seus serviços e endereços no Almanaque Laemmert. Como trabalhado no terceiro capítulo sobre as especialidades médicas, as casas de saúde tiveram um papel essencial na disseminação e consolidação das especialidades médicas no mercado de cura carioca. Por sua vez, foram as especialidades médicas um fator decisivo para entendermos as mudanças que a corporação médica sofreu ao longo do final do século XIX. Nos pareceu importante o contato que o médico ordinário tinha com as especializações como forma de distinção dos seus serviços e assim possibilidade de ascensão social. Observamos que não eram só os médicos que não pertenciam à elite médica que estavam nas casas de saúde, pois essas também eram representadas, principalmente nos cargos de direção desses estabelecimentos. Em todas as casas de saúde, observamos a presença de pelo menos um médico da elite, embora a classificação social dos médicos que atuavam nelas fosse muito mais plural. Ao estudarmos a distribuição espacial das casas de saúde na cidade do Rio de Janeiro, queremos observar a relação entre médicos ordinários e elite médica.

Mapa 17: Casas de Saúde 1860



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Cruz vermelha: médicos da elite médica

Em azul: Hospitais da Cidade

Em preto: casas de saúde

Cabe destacar que para a década de 1860, verificamos a presença de oito casas de saúde na corte⁹⁵ anunciadas no Almanaque Laemmert. Dessas oito, duas se encontravam no bairro de Botafogo e não foram representadas. Das casas de saúde e hospitais representados no mapa, observamos mais uma vez a importância da região da Misericórdia, com grande concentração de hospitais e, por conseguinte, da elite médicas.

Destacamos aqui a casa de saúde Nossa Senhora da Ajuda, com dois endereços na Rua da Ajuda, 66 e 68. Essa casa dirigida pelo dr. Eiras era a principal e maior casa de saúde particular da corte, com nomes como dr. Paula Costa e dr. Torres Homem em seus quadros, dois importantes representantes da elite médica. Além dessa casa, cabe uma menção à casa de saúde dr. Alfredo Guimarães na entrada da ladeira da Saúde. Embora tenhamos poucas informações sobre esse estabelecimento, pela localização dela próxima ao porto, podemos deduzir que era um possível local de tratamento de marinheiros, público importante para esses estabelecimentos, já que não tinham a possibilidade do tratamento em suas casas.

3.3 Década de 1870

Na década de 1870 observamos a retomada do crescimento do número de anúncios médicos após a guerra do Paraguai⁹⁶(1864-1870), embora esse aumento tenha sido desproporcional se considerarmos os espaços geográficos da cidade. Nessa década, houve uma expansão de anúncios de consultórios médicos para outras localidades da cidade fora das freguesias centrais, com um destaque para as freguesias do entorno do núcleo urbano da corte. Encontramos também a presença médica nos locais onde tradicionalmente já anunciavam, como as freguesias de Santana e Candelária.

⁹⁵ Foram elas: Casa Imperial de Saúde e de Medicina Operatória chácara de convalescença, Casa de Saúde Previdência, Casa de Saúde Godinho & Bezerra, Casa de Saúde de S. Sebastião, Casa de Saúde do Dr. Pertence, Casa de Saúde de Nossa Senhora da Glória, além das já citadas no texto.

⁹⁶ A análise do impacto da Guerra do Paraguai no mercado médico da corte foi trabalhada de forma mais completa no capítulo 2 da presente tese.

Mapa 18: Mapa médicos década de 1870



Fonte: Almanaque Laemmert

legenda:

Cruz vermelha: anúncios médicos

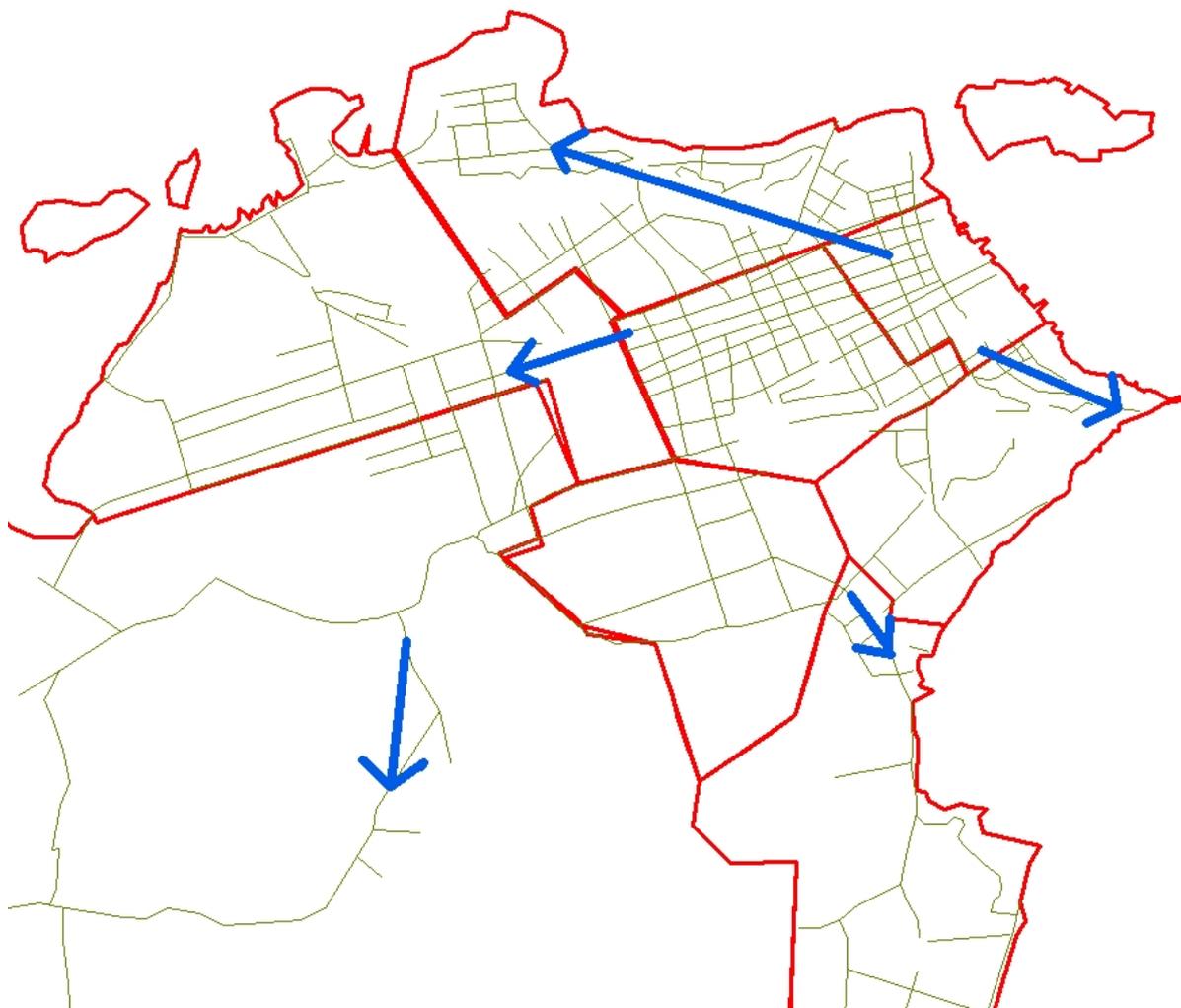
Linhas vermelhas: contorno das freguesias

Linhas verdes: ruas da cidade

Quando tratamos dos deslocamentos, observamos o surgimento de novos eixos de movimentação dos médicos. A primeira análise dos dados apresentados para essa década refere-se à diminuição da expansão em direção ao Campo de Sant'Anna, talvez porque a área da freguesia de Santana já estivesse saturada da presença de estabelecimentos comerciais. Como consequência dessa mudança, observamos que o eixo de deslocamento passou a ser em direção as áreas além do Campo de Sant'Anna ou cidade nova. Ao mesmo tempo, continuamos observando um deslocamento significativo para as áreas da Zona Sul e expansão em direção a freguesia da Glória.

Além dos eixos de expansão já descritos na década anterior, examinamos a presença de outros três eixos. O primeiro foi um pequeno deslocamento dos consultórios médicos do início da rua da Misericórdia em direção ao hospital da Misericórdia. Embora esse deslocamento tenha sido pequeno geograficamente falando, seu significado foi relevante. O segundo eixo era o que saía da freguesia do Sacramento em direção a freguesia de Santo Antonio. Para finalizar, o fator mais significativo e constante para toda a década de 1870, foi o crescimento populacional em direção às áreas do porto e, por conseguinte, também de anúncios médicos relativos àquela região. Essa área se tornou a de maior concentração populacional da corte.

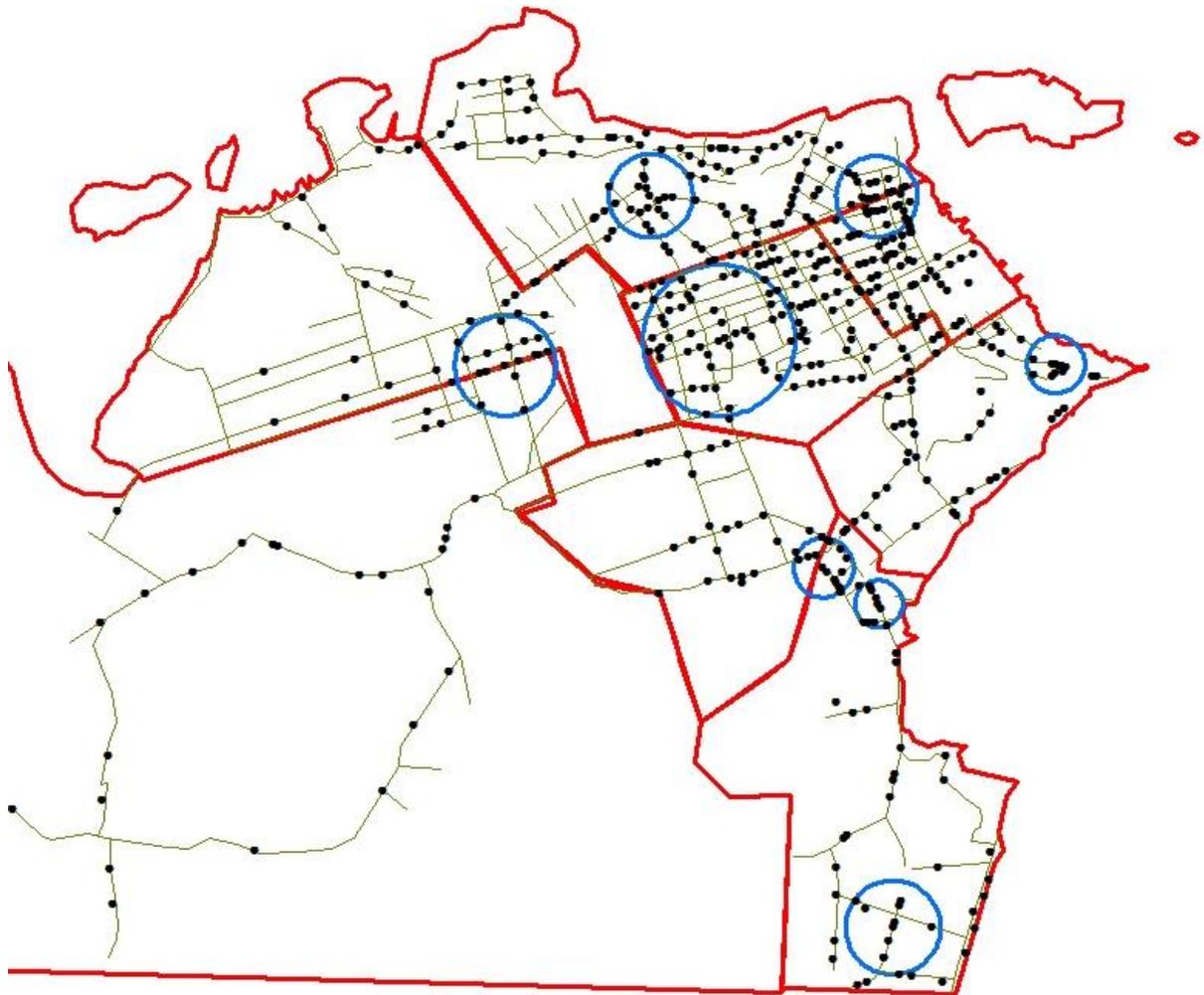
Mapa 19: Mapa de deslocamento médico década de 1870



Fonte: Almanaque Laemmert

Ao analisar a evolução da concentração de médicos na cidade, destacamos uma característica diferente da que mostramos na década de 1860. Em 1870, pela primeira vez observamos uma estagnação no crescimento do número de anúncios nas freguesias que antes apresentavam uma maior concentração de médicos, Santana e Candelária. Essa concentração não aumentou, nem diminuiu, sendo essas localidades ainda muito representativas na presença de médicos, segundo os anúncios. Além das localidades centrais, percebemos praticamente as mesmas proporções de concentração da década anterior, mas, dessa vez, destaca-se a zona da freguesia de Santa Rita, que representava a área do porto.

Mapa 20: Mapa de concentração dos médicos na década de 1870



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos pretos: anúncios médicos

Círculos azuis: concentração de anúncios médicos

Linhas verdes: ruas da cidade

No mapa acima, observamos as mesmas marcações que os mapas apresentados para as décadas anteriores. Na análise da década de 1870, os círculos azuis que indicavam a concentração médica em determinada localidade, foram representados por uma proporção de 30 anúncios por quarteirão, dez a mais que a década anterior. A partir dessa escolha metodológica, chamamos atenção para cinco áreas que se consolidaram como de alta concentração de médicos: o início da rua Direita (Primeiro de Março), a freguesia de Santana, a área da freguesia de Santa Rita próxima ao porto, a área da Misericórdia e o início da Zona Sul da cidade na freguesia da Glória. De todas essas áreas, a que apresentou maior concentração da presença dos médicos em 1870 foi a área do porto, justamente a maior freguesia em população da corte e com maior taxa de crescimento na década.

Cabe destacar também a primeira concentração significativa de anúncios médicos no eixo para além do Campo de Santana. Eixo de expansão mais tardia da cidade, devido às áreas alagadiças. Essa movimentação acompanhou, de certa forma, o próprio crescimento da cidade para o período.

Mapa 21: Concentração de médicos na área do porto década de 1870



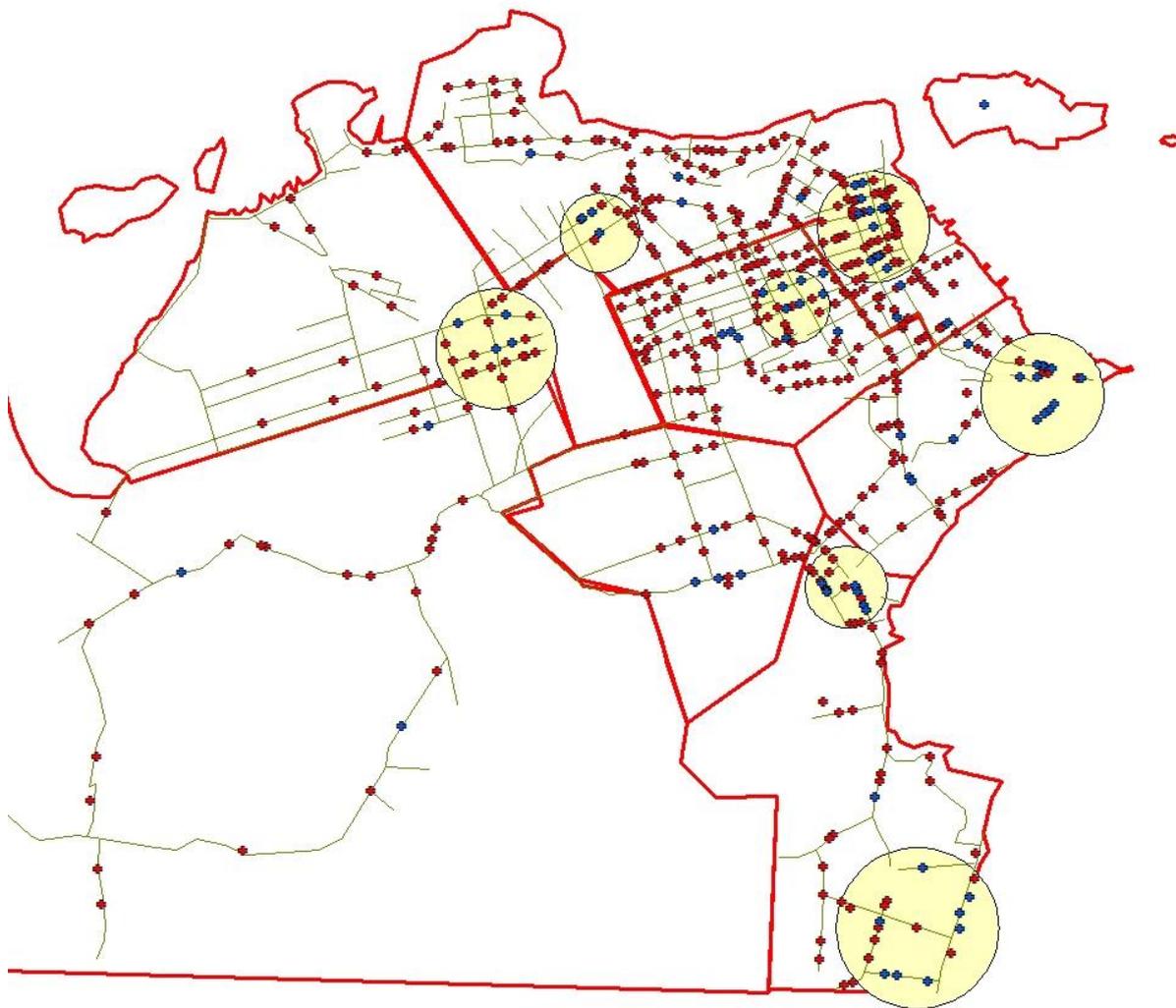
Fonte: Almanaque Laemmert

legenda:

pontos vermelhos: anúncios médicos

No mapa acima, destacamos a área do largo da Imperatriz, próximo ao porto. A década de 1870 foi a primeira na qual observamos a presença massiva de médicos nessas localidades. Importante ressaltar que também era a área de maior concentração de escravos e seus descendentes, devido ao porto ter sido porta de entrada do tráfico escravo no Rio de Janeiro (Schwarcz, 2012). Mesmo não conseguindo dividir de forma clara a cidade do Rio de Janeiro em estratificações sociais, a área do porto era o espaço de maior presença das camadas pobres da corte.

Mapa 22: Mapa concentração da elite médica década de 1870



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos vermelhos: médicos ordinários

Pontos azuis: médicos da elite médica

Linhas vermelhas: divisão por freguesia da cidade

Linhas verdes: ruas da cidade

Ao analisar a concentração da elite médica na década de 1870, o que observamos foi um aumento do número de anúncios médicos da elite médica, indicando sua maior presença em várias localidades da cidade. Além disso, observamos a permanência da concentração da elite médica nas mesmas localidades descritas na década de 1860. Destacamos aqui, as duas áreas acrescidas a partir de 1870: a região próxima ao Largo da Imperatriz no caminho do porto e as localidades após o Campo de Sant'Anna. Essas duas novas áreas de concentração da elite médica acompanharam, de certa maneira, o próprio crescimento da cidade e, por conseguinte, o dos consultórios médicos.

Nosso objetivo ao acompanhar a evolução das concentrações de médicos da elite ao longo das décadas foi identificar geograficamente os locais de atuação dos dois grupos analisados ao longo do nosso estudo: médicos da elite e ordinários. Essa identificação demonstrou que havia, de fato, espaços de atuação de maior concentração de um grupo, indicando uma divisão espacial da cidade também no que diz respeito ao mercado médico.

Outra relação importante sobre a qual estamos tratando ao investigar a distribuição da elite médica na cidade refere-se à localização das casas de saúde. Como dito anteriormente, grande parte das casas de saúde que anunciavam no Almanaque Laemmert, surgiram a partir da década de 1860. Ao longo dos anos, elas se transformaram em locais de atuação de médicos ordinários e médicos da elite médica, muito embora os últimos ocupassem os cargos de maior prestígio dentro desses estabelecimentos, inclusive sendo proprietários de várias delas.

O Mapa 19, referente às casas de saúde da década de 1870 não se diferenciou em praticamente nada do apresentado para a década de 1860, já que não houve acréscimo de novas instituições. Continuamos também a observar a presença de casas de saúde na zona sul do Rio de Janeiro, o que vamos abordar de maneira mais pormenorizada no estudo sobre a década de 1880. O que mais nos chamou a atenção para a década de 1870, foi a maior quantidade de anúncios da elite médica nas proximidades desses estabelecimentos. Em outras palavras, houve uma maior concentração da elite médica no entorno das casas de saúde já existentes desde pelo menos a década de 1860. Para nós, esse fato expressou a atratividade que a elite médica enxergava na atuação nas casas de saúde, com a possibilidade de maior prestígio no campo médico e maiores rendimentos econômicos.

Mapa 23: Distribuição das Casas de Saúde década de 1870



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos vermelhos: médicos pertencentes à elite médica

Marcação em preto: casas de saúde

Linhas vermelhas: divisão das freguesias

Linhas verdes: ruas da corte

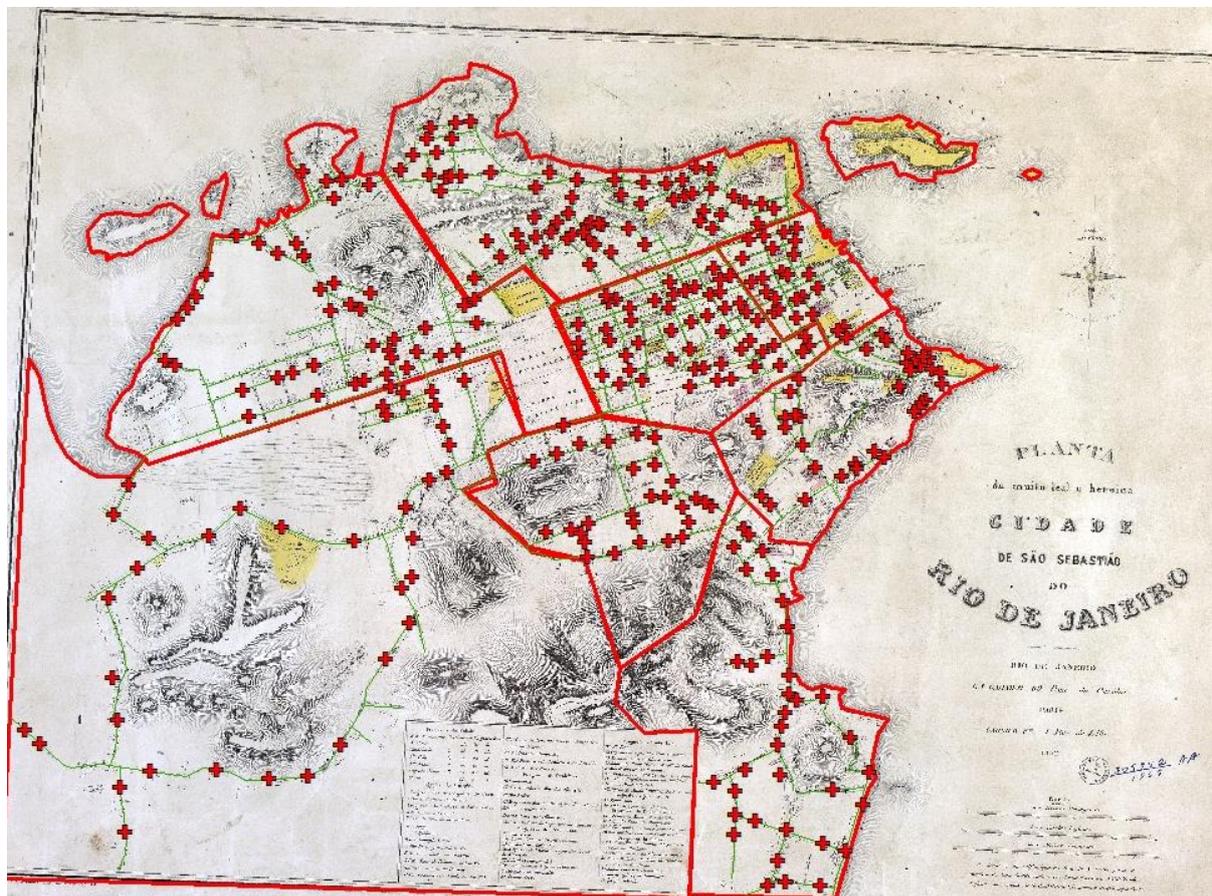
3. 4 Década de 1880

Na década de 1880 observamos as maiores diferenciações e modificações na presença de médicos na cidade do Rio de Janeiro. Foi nessa década que conseguimos de fato inferir verdadeiras mudanças estruturais em como a medicina acadêmica se organizava. Essas modificações também foram observadas na espacialidade da corte. Podemos destacar, como já abordado anteriormente, que a curva de crescimento de anúncios médicos na década de 1880 deu um salto quantitativo significativo.⁹⁷ Só a década de 1880 concentrou metade dos anúncios médicos de todo o nosso período estudado nesse trabalho, ou seja, de 1844 até 1889. Obviamente, esse boom de anúncios se refletiria na presença espacial dos médicos.

⁹⁷ Gráfico 3 apresentado no capítulo 2.

Seguimos a forma com que apresentamos as informações geográficas até o momento, a partir do mapa das freguesias urbanas do Rio de Janeiro e demarcando as localidades dos anúncios médicos. Embora observemos uma maior concentração de médicos em áreas como as ruas imediatas além do Campo de Sant'Anna e o esvaziamento das áreas próximas ao início da Rua Direita, entendemos que o grande aumento dos anúncios médicos estava sendo sub representado geograficamente para esse período. Esse fato importante derivava da migração de médicos para outras áreas de crescimento da cidade. Pouco mais de 40% dos anúncios de médicos na década de 1880, não se concentravam mais nas freguesias urbanas da corte, o que nos obrigou a elaborar outros dois mapas de localidades diferentes.

Mapa 24: Presença de médicos na década de 1880



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

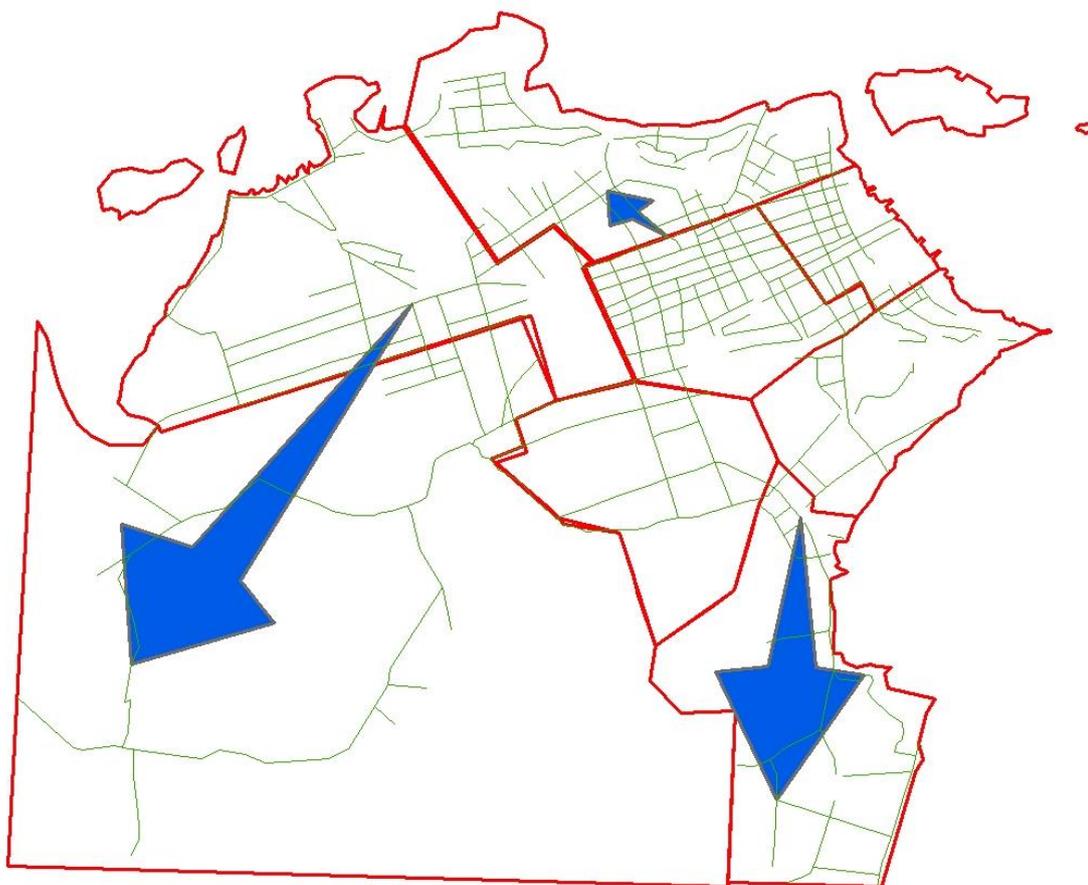
Cruz Vermelha: anúncios médicos

Linhas Vermelhas: divisão das freguesias

Linhas Verdes: ruas da cidade

A partir da necessidade de expressar esse aumento em outros mapas, observamos primeiro quais foram os locais de maior presença dos novos anúncios médicos. Nesse ponto, notamos que não só houve novos anúncios médicos, mas também os antigos anunciantes que antes se concentravam nas freguesias mais centrais da cidade - Candelária e Santana -, começaram a anunciar em localidades mais afastadas. Os dois principais eixos de deslocamentos dos anúncios médicos na década de 1880, foram respectivamente a região de São Cristóvão e a zona sul da cidade.

Mapa 25: Mapa de Deslocamento 1880

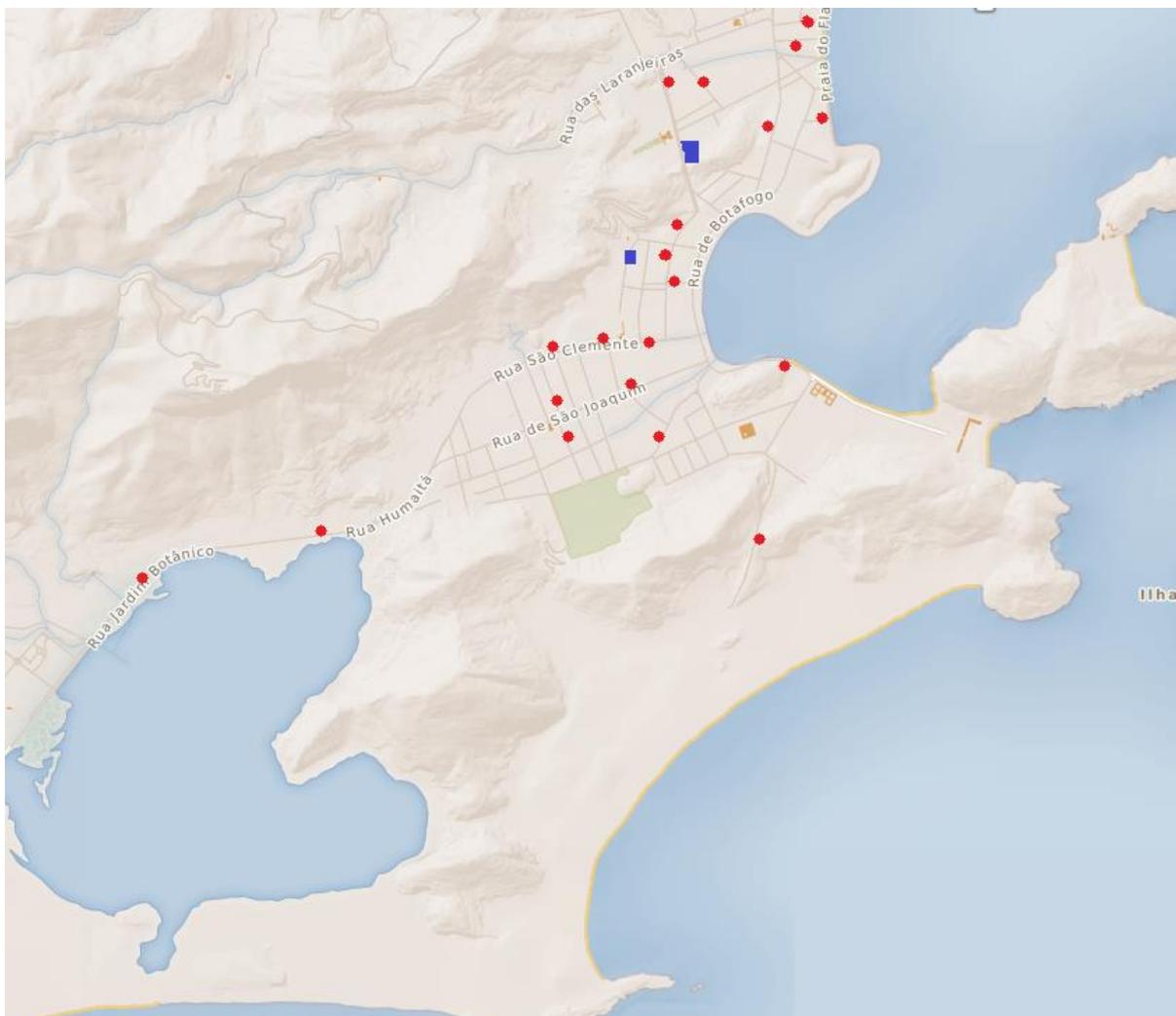


Fonte: Almanaque Laemmert

No mapa acima, as setas azuis representam os deslocamentos dos anúncios médicos. O tamanho dos deslocamentos foi proporcional ao tamanho das setas. O eixo da freguesia de Santana em direção ao porto da cidade, ainda apresentava algum aumento no número de anúncios, mas nessa época já não era o principal local de deslocamento dos médicos

anunciante. Da mesma forma, o eixo de deslocamento da freguesia da Glória em direção à Zona Sul, embora já apareça há algum tempo, ainda detinha uma considerável presença de novos anunciantes. Entendemos que houve, a partir da década de 1880, não só um incremento nos deslocamentos para essas localidades, mas sobretudo uma consolidação da presença dos médicos nessas novas áreas. Em relação aos anúncios médicos relativos à região da atual zona norte da cidade (Tijuca, Rio Comprido e São Cristóvão), podemos identificar como um novo local de expansão, já que antes de 1880, a presença de médicos nessas localidades era menor.

Mapa 26: Distribuição de Médicos na Zona Sul da Cidade década de 1880



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos vermelhos: anúncios médicos

Pontos azuis: Casas de saúde

A partir da necessidade de representar a zona sul da cidade e São Cristóvão, obtivemos um mapa da época⁹⁸ representando essa região e sinalizamos os médicos que estavam presentes em seus vários locais de atuação. Cabe sinalizar que não achamos viável, ou mesmo significativa, uma análise de eixos de deslocamentos nessa localidade, pois elas só se consolidaram como local de presença médica a partir da década de 1880. Mesmo assim, coube aqui uma indicação das ruas com maior presença dos anúncios médicos

Destacamos aqui os bairros mais antigos da zona sul: Glória, Catete, Flamengo e Botafogo, mas também observamos a presença de médicos em regiões mais afastadas nas proximidades da Lagoa e Copacabana. Pelo próprio movimento de crescimento da cidade, as regiões mais próximas das freguesias centrais ganharam uma maior presença dos médicos nesse período de ocupação mais significativa.

Como observado, a maior concentração de médicos ficou no eixo entre Flamengo e Botafogo. Ao mesmo tempo em que sinalizamos os consultórios médicos, optamos por representar também a presença das casas de saúde que eram anunciadas na zona sul. As duas indicadas foram: dr. Eiras, na Rua Marquês de Olinda, e Casa de Saúde dr. Azevedo, na rua das Laranjeiras. Essas duas casas de saúde já estavam presentes nos anúncios desde a década de 1860, o que demonstra uma consolidação da presença médica na zona sul da cidade construída ao longo de toda a segunda metade do século XIX.

O mapa 23 refere-se à região do Rio Comprido, Tijuca e São Cristóvão. Observamos nessa área um segundo eixo de expansão significativo da população da corte e, não à toa, os anúncios sinalizam que os médicos também acompanharam esse crescimento.

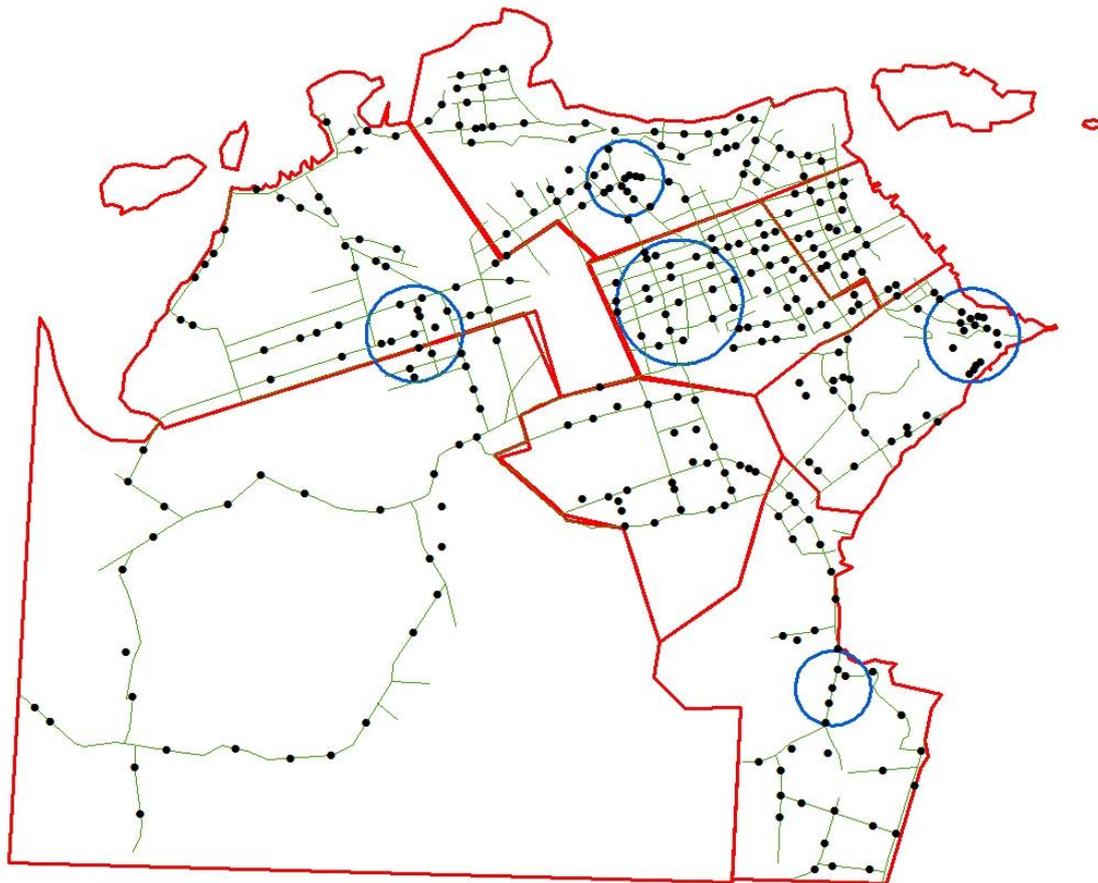
No mapa, observamos que a maior presença de médicos nessa região se deu no entorno do bairro de São Cristóvão, que já tinha uma população antiga por ter sido a residência da família real. Além dessa área, destacamos parte da Tijuca e do Rio Comprido, com o crescimento da presença médica, respeitando a lógica da maior proximidade com as antigas áreas centrais da cidade que estavam se expandindo.

⁹⁸ Planta da cidade de Sn. Sebastião do Rio de Janeiro, Schreiner, Luiz, 1879. Acessado <http://imagerio.org/#1880/15/-22.916144175135788/-43.247337341308594////>, em 24/06/2017

Mesmo com a presença dos médicos nas outras regiões da cidade, as freguesias urbanas continuaram a ser os locais com maior significância e consolidação da medicina acadêmica na corte. Por esse motivo, a maior parte de nossa análise ainda se concentrou nas localidades centrais da cidade.

Um dos nossos principais objetivos, além de observar os deslocamentos dos consultórios médicos ao longo dos anos, foi conseguir observar as possíveis diferenciações espaciais que poderiam refletir a divisão da categoria socioprofissional médica entre médicos da elite e médicos ordinários. Para tanto, construímos mais uma vez o mapa de concentração médica no Rio de Janeiro, esse para a década de 1880.

Mapa 28: Concentração de médicos nas freguesias urbanas da corte na década de 1880



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Pontos pretos: anúncios médicos

Círculos azuis: concentração de anúncios médicos

Linhas vermelhas: divisão das freguesias da cidade

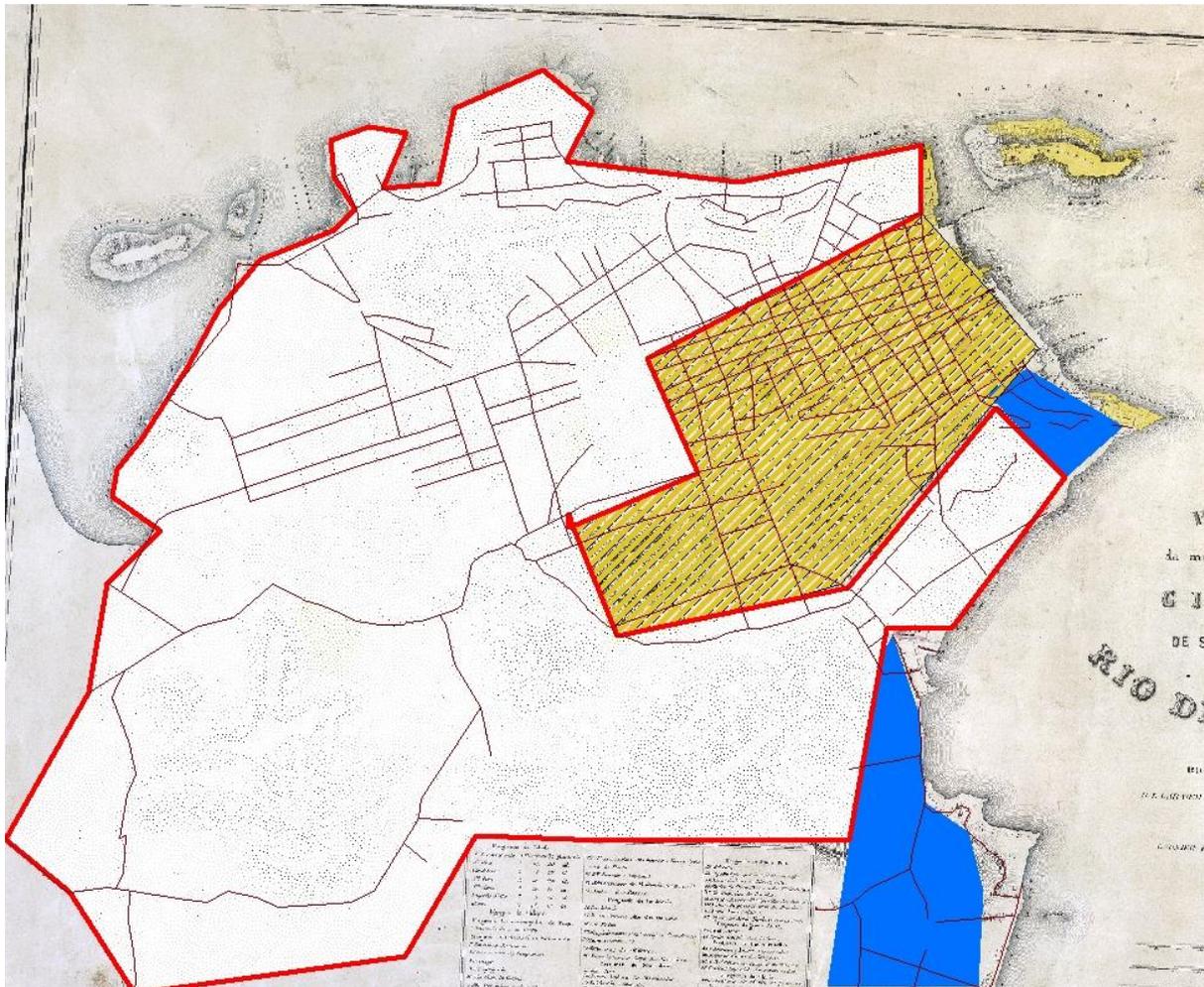
Linhas verdes: ruas da cidade

Especificamente para a década de 1880, as concentrações de médicos nas freguesias urbanas da cidade apresentaram uma certa similaridade em relação à década de 1870. Mais uma vez, utilizamos os pontos pretos para distinguir os anúncios médicos e os círculos azuis⁹⁹ para demonstrar as concentrações de médicos nas localidades. Utilizamos também a proporção de 30 anúncios por quarteirão para o critério da marcação gráfica. A única modificação significativa de uma década para a outra foi a desconcentração de médicos anunciantes nas freguesias de Santana e da Candelária. Ainda que em números absolutos fossem os lugares com maior presença de médicos, de uma década para outra observamos uma diminuição dessa presença. Ao mesmo tempo em que notamos um esvaziamento das freguesias urbanas da cidade, houve uma maior concentração nas áreas da zona sul e de São Cristóvão.

Após a análise do mapa de concentração de médicos na década de 1880, entendemos a necessidade de consolidar as informações sobre a distribuição espacial levantadas em nossa sequência das quatro décadas estudadas e, assim, representar a divisão de médicos anunciantes, classificando as áreas de maior concentração da elite médica e médicos ordinários.

⁹⁹ A diferença do tamanho dos círculos está relacionada a maior ou menor área de concentração dos anúncios médicos.

Mapa 29: Divisão socioespacial entre a elite médica e os médicos ordinários das décadas de 1850 á 1889



Fonte: Almanaque Laemmert

Legenda:

Áreas em azul: elite médica

Áreas em amarelo: elite médica e médicos ordinários

Áreas brancas: médicos ordinários

Linhas vermelhas: delimitação entre as áreas

Nossa demarcação foi a partir da variação da presença da elite médica dos locais com maior presença até os locais com pouca presença. No mapa acima observamos essa representação, em que as áreas em azul indicam a maior presença da elite médica em relação aos médicos ordinários. Nas áreas em amarelo, observamos uma mistura entre médicos da elite e médicos ordinários a ponto de não podermos delimitar com alguma precisão qual categoria era a mais marcante na localidade. Por fim, a zona branca representa as áreas onde a maioria significativa dos anúncios eram de médicos ordinários. Cabe destacar que embora

apresentemos essas divisões, a maioria dos médicos em todas as localidades continuavam a não pertencer à elite médica.

A partir desse trabalho, conseguimos observar que além dos locais tradicionais nos quais a presença da elite médica era conhecida - como a Faculdade de Medicina, o hospital da Misericórdia e a Academia Imperial de Medicina, conseguimos de forma bastante completa, incluir as casas de saúde e as localidades geográficas onde a maior parte dos seus consultórios se encontrava. Sendo assim, observamos que a elite médica estava presente, ao longo da segunda metade do século XIX, na região do entorno da Santa Casa de Misericórdia, na região da freguesia da Glória e dividia os espaços com os médicos ordinários nas zonas mais centrais da cidade, como a freguesia de Santana e Candelária.

Por conseguinte, embora entendamos que as dificuldades para delimitar a presença dos médicos ordinários fossem maiores devido à própria definição de como classificar esses médicos, observamos que os mesmos estavam presentes em todas as localidades da cidade. Apesar disso, as áreas que só eram compostas por médicos ordinários foram as mais afastadas do entorno do centro, como: de Santo Antonio, parte do caminho em direção a Cidade Nova, São Cristóvão e, principalmente, a área do porto na freguesia de Santa Rita. Esses eram os locais em que os anúncios de consultórios dos médicos ordinários se destacavam. Da mesma forma que a elite médica, observamos os médicos ordinários com uma boa presença nas freguesias centrais de Sacramento e Candelária, embora dividindo esse espaço com a elite médica.

Nesse capítulo, a partir da possibilidade de representação espacial dos anúncios do Almanaque Laemmert, conseguimos analisar como a presença da medicina na corte foi marcante, acompanhando e sendo influenciada pelas transformações espaciais dessa cidade. Por fim, alcançamos de maneira detalhada, a forma com que os médicos da elite e os médicos ordinários estavam divididos geograficamente, o que foi essencial para atingimos um dos nossos principais objetivos nesse trabalho, a caracterização dos médicos ordinários.

Considerações finais

Na presente tese, procuramos analisar o processo de modificações que a medicina acadêmica sofreu ao longo da segunda metade do século XIX na cidade do Rio de Janeiro. Esse processo, estudado geralmente a partir dos debates da elite médica, foi investigado por nós com o foco em outro segmento social presente na medicina acadêmica, os médicos ordinários.

Ao analisar os médicos ordinários, tínhamos em mente o quanto esse segmento era numeroso e significativo para o ofício médico na corte. Embora essencial para a análise sobre como a corporação médica se organizava, a dificuldade de encontrar seus vestígios era considerável, o que tornava complicado traçar um perfil desses médicos. Frente as dificuldades apresentadas entendemos a necessidade de conceitualizar o que é quem eram os médicos ordinários, tarefa desenvolvida nessa tese.

Inseridos em todas as localidades da corte, os médicos ordinários não estavam incluídos em qualquer forma participação em instituições médicas de prestígio, como as Faculdade de Medicina, lugares de atuação e reprodução da elite médica. Necessitavam dos rendimentos de suas consultas para obter a maior parte de sua renda. Tinham na possibilidade de atuação como médicos, sua grande e, em muitas vezes, única forma de sustento. Por fim, embora não pudéssemos classificá-los como pertencentes aos grupos sociais subalternos, estavam aquém da posição econômica desfrutada pela elite médica, sendo esses muito mais próximos dos segmentos sociais médios urbanos, geralmente associado aos ofícios liberais. A partir dessa conceitualização, conseguimos entender que estávamos lidando com a maioria dos médicos que atuavam na corte e sobre essa perspectiva avançamos em nossas análises.

A partir do entendimento de quem era o médico ordinário, investigamos como esse agente de cura oficial atuava na corte. Partindo da análise da sua nacionalidade, observamos que muitos tinham sua prática desautorizada, por serem estrangeiros e atuarem de uma posição mais fragilizada no altamente concorrido mercado de cura da corte. Essa característica os aproximava dos curandeiros populares, que por outras razões, também sofriam um questionamento de suas atividades. Constatamos também que a relação com a escravidão foi uma constante, até pela dimensão que a mesma tinha na corte. Nesse aspecto não conseguimos fazer qualquer diferenciação entre médicos da elite médica e médicos ordinários.

Conseguimos entender a dimensão da competitividade do mercado médico, quando focamos nossa análise na atuação dos médicos e, mais especificamente, dos médicos ordinários. O número de médicos diplomados atuando na corte foi grande ao longo de todo o período estudado. Na mesma época, cidades como Nova Iorque e Paris, proporcionalmente tinham menos médicos do que o Rio de Janeiro. Juntamente com os médicos, não podemos desconsiderar a atuação dos praticantes das artes de cura populares, que muitas vezes tinham maior facilidade de acesso a população. Ao olharmos para esse mercado competitivo, entendemos a necessidade da maioria dos médicos da prática da medicina em seus consultórios como principal provento de sustento. Aqueles que não conseguiam acesso a colocações em empregos públicos, tinham na disputa desse mercado uma das únicas estratégias de obtenção de renda.

Nesse ponto, destacamos o desenvolvimento das especializações médicas na corte, a partir da segunda metade do século XIX. Assim como em outras localidades, o desenvolvimento das especializações médicas foi, por vezes, utilizada como estratégia de diferenciação de serviços dentro do mercado médico. O médico especialista, dispunha de mais uma forma de se diferenciar perante seus pares ao competir por pacientes. Além dessa diferenciação, a atuação dos mesmos nas casas de saúde, facilitava o maior contato com médicos da elite médica que atuavam em posições de destaque nesses estabelecimentos, o que era uma possível estratégia de ascensão social através do estabelecimento de novas redes de clientelares.

Juntamente com o estudo do mercado médico e o desenvolvimento das especializações, conseguimos analisar a presença espacial dos médicos na corte. O estudo da espacialidade foi importante pois nos forneceu a dimensão da competitividade do mercado médico sobre outra perspectiva. De certa forma, encontramos consultórios em todas as áreas da corte e a oferta dos serviços médicos acompanhou o crescimento da cidade para áreas da zona norte e zona sul. Destacamos também, a presença das casas de saúde e hospitais, que demonstraram em nosso estudo características espaciais ligadas a expansão do serviço de cura na corte. Porém o mais significativo de nossa análise espacial, foi conseguirmos delimitar a divisão da corporação médica no Rio de Janeiro. Locais como a freguesia da Glória e zona sul da cidade foram mais povoados pela elite médica. Já a área de São Cristovam, Tijuca, Cidade Nova e Porto pelos médicos ordinários. Em uma época onde as divisões sociais nem sempre se expressavam através da segregação espacial, conseguimos de certa maneira observar essas divisões a partir do olhar das divisões na medicina acadêmica.

Desse modo, analisamos a institucionalização da medicina através de uma nova abordagem. Com o estudo voltando-se para as próprias divisões internas da medicina acadêmica. Delimitamos o conceito de médico ordinário, identificando-os através dos anúncios do Almanaque Laemmert; cruzamos os dados desses anúncios com fontes judiciais; projetamos um perfil econômico; conseguimos inferir sua inserção e importância no surgimento das especializações médicas e traçamos sua disseminação ao longo do tempo no espaço da cidade. Entendemos que apresentamos uma importante contribuição, sem a pretensão de esgotar o tema, para o entendimento da medicina acadêmica e suas múltiplas divisões no processo de sua institucionalização ao longo da segunda metade do século XIX.

Referências

Fontes Manuscritas

- Arquivo Nacional. Albino Rodrigues Alvarenga, Caixa 318, Número 2432;
Arquivo Nacional. Albino Rodrigues Alvarenga, Cx 297, N 651;
Arquivo Nacional. Alexandre José do Rosário, cx 448, n 1054
Arquivo Nacional. Alfredo Camilo Valetaro, Maço 263, n 607;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 743, n 11391;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 394, n 7104;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 568, n 10148;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 665, n 9513;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 2387, n 2224;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 811, n 17724;
Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, cx 1713, n 3253;
Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, maço457, n 6456;
Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1626, n 2834;
Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 2333, n 164;
Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1667, n 3423;
Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 1695, n 2773;
Arquivo Nacional Antonio Ângelo Pedroso, cx 280, n 3243;
Arquivo Nacional Antonio Ângelo Pedroso, maço 447, n 6141;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, cx 1227, n 3415;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, maço 409, n 7561;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, cx 2304, n 668;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, maço, 409, n 7561;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, maço, 2262, n 794;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, cx 1227, n 3415;
Arquivo Nacional. Antonio Caetano de Almeida, cx 4071, n 42;
Arquivo Nacional. Antonio da Silva Gradim, maço 2252, n 339;
Arquivo Nacional. Antonio Gabriel de Paula Fonseca, maço 1750, n 448;
Arquivo Nacional. Antonio Jogand, cx 1326, n 646;
Arquivo Nacional. Antonio Jogand, cx 768, n 1859;

Arquivo Nacional. Antonio Jogand, maço 815, n 5;
Arquivo Nacional. Antonio Jose Afonso Guimarães, maço 94, n 1985;
Arquivo Nacional. Antonio José Heitor Chomet, maço 846, n 3124;
Arquivo Nacional. Antonio José Rodrigues Costa, cx 2296, n 11825;
Arquivo Nacional. Antonio Limoeiro, maço, 380, n 520;
Arquivo Nacional. Antonio Marcolino Fragoso, maço 691, n 2529;
Arquivo Nacional. Antonio Maria de Souza, maço 447, n 6119;
Arquivo Nacional. Antonio Pereira Leitão, cx 323, n 1540;
Arquivo Nacional. Antonio Pereira Leitão, maço 68, n 7111;
Arquivo Nacional. Antonio Saldanha da gama, cx 4275, n 985;
Arquivo Nacional. Antonio Saldanha da gama, maço 2388, 2472;
Arquivo Nacional. Aristides Francisco Garnier, cx 377, n 802;
Arquivo Nacional. Balduino Joaquim Menezes, maço 254, n 1612;
Arquivo Nacional. Bento José Martins, cx 2755, n 33;
Arquivo Nacional. Bento José Martins, maço 1101, n 39;
Arquivo Nacional. Bento José Martins, maço 837, n 1892;
Arquivo Nacional. Bento José Martins, maço 3, n 28;
Arquivo Nacional. Bento Maria da Costa, cx 795, n 2646;
Arquivo Nacional. Bernardo Franco Justiniano, maço 794, n 16351
Arquivo Nacional. Candido Emilio de Avelar, maço 2363, n 1394;
Arquivo Nacional. Candido Emilio de Avelar, maço 255, n 5912;
Arquivo Nacional. Candido Emilio de Avelar, maço 1386, n 9517;
Arquivo Nacional. Candido Emilio de Avelar, maço 1386, n 9517;
Arquivo Nacional. Carlos Antonio de Paula Costa, maço 122, n 3305;
Arquivo Nacional. Cesar Augusto Marques, maço 218, n 1006;
Arquivo Nacional. Claudino José Viegas, maço 395, n 3945;
Arquivo Nacional. Constantino José da Silva Franzini, cx 358, n 205;
Arquivo Nacional. Cristovão Jose de Andrade, maço 860, n 4107;
Arquivo Nacional. Cristovão Maria de la Sierra, cx 514, n 953;
Arquivo Nacional. Custodio Américo dos Santos, cx 815, n 3245;
Arquivo Nacional. Custodio Américo dos Santos, maço 1491, n 276;
Arquivo Nacional. Diego Garcez Palha de Almeida, cx 1485, n 3425;
Arquivo Nacional. Diogo Antonio de Carvalho, maço 275, n 2022;

Arquivo Nacional. Eduardo Ataliba de Gomensoro, maço 738, n 10973;
Arquivo Nacional. Felix José Barbosa, cx 381, n 1034;
Arquivo Nacional. Felix José Barbosa, maço 719, n 3024;
Arquivo Nacional. Felix José Barbosa, cx 3638, n 6;
Arquivo Nacional. Fernando Francisco Lessa, cx 1108, n 5245;
Arquivo Nacional. Fernando Francisco Lessa, maço 340, n 2200;
Arquivo Nacional. Fernando Francisco Lessa, maço 885, 799;
Arquivo Nacional. Firmino José Doria, cx 1909, n 3061;
Arquivo Nacional. Floriano José Moreira, cx 383, n 1106;
Arquivo Nacional. Francisco Alves de Moura, cx 924, n 5676;
Arquivo Nacional. Francisco Alves de Moura, cx 3692, n 1;
Arquivo Nacional. Francisco Fernando Padilha, maço 292, n 5362;
Arquivo Nacional. Francisco Fernando Padilha, maço 875, n 579;
Arquivo Nacional. Francisco Fernando Padilha, maço 875, n 300;
Arquivo Nacional. Francisco José Xavier, cx 1803, n 3462;
Arquivo Nacional. Francisco José Xavier, cx 923, n 5638;
Arquivo Nacional. Francisco José Xavier, cx 750, n 1414;
Arquivo Nacional. Francisco José Xavier, cx4133, n1249;
Arquivo Nacional. Francisco Lopes da Cunha, cx 836, n 4118;
Arquivo Nacional. Francisco Xavier Viega, maço 642, n 5427;
Arquivo Nacional. Frederico João Ormerd, cx 843, n 4475;
Arquivo Nacional. Frederico José Vilena, maço 178, n 671;
Arquivo Nacional. Galdino Emiliano das Neves, maço 14, n 65;
Arquivo Nacional. Hemenegildo da Cunha Ribeiro Feijo, cx 4143, n 1461;
Arquivo Nacional. Hemenegildo da Cunha Ribeiro Feijo, cx 4136, n 1299;
Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 530, n 56;
Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, cx 1610, n 2542;
Arquivo Nacional. Henrique Jose Pires, maço 2396, n 3090;
Arquivo Nacional. Henrique Maegeli, maço 407, n 4574;
Arquivo Nacional. Hilario de Gouvea, maço 6, n 265;
Arquivo Nacional. J.J. Gornet, cx 1193, n 401;
Arquivo Nacional. João Antonio Barcelos, cx 1112, n 5522;
Arquivo Nacional. João Antonio Barcelos, cx 4021, n 559;

Arquivo Nacional. João Antonio Barcelos, cx 556, n 3807;
Arquivo Nacional. João Antonio Barcelos, maço 2352, n 122;
Arquivo Nacional. João Antonio Garcez Palha, cx 650, n 1741;
Arquivo Nacional. João Batista Desiderio Senechal, cx 496, n 6940;
Arquivo Nacional. João Batista Lacaille, Código de referência BU.O.RCI.1711;
Arquivo Nacional. João Batista Vinelli, cx 937, n 6678;
Arquivo Nacional. João Batista Vinelli, cx 937, n 6683;
Arquivo Nacional. João Batista Vinelli, maço, 407, n 4554;
Arquivo Nacional. João Emilio Neves Gonzaga, maço 588, n 4835;
Arquivo Nacional. João Frederico Doellinger, cx 4105, 1607;
Arquivo Nacional. João Frederico Doellinger, cx 1399, n 311;
Arquivo Nacional. João Frederico Doellinger, n 2055;
Arquivo Nacional. João Jose Pimentel, cx 539, n 243;
Arquivo Nacional. João Jose Pimentel, maço 628, n 5395;
Arquivo Nacional. João José Vieira, maço 2796, n 1115;
Arquivo Nacional. João José Vieira, cx 1693, n 2827;
Arquivo Nacional. João José Vieira, maço 33, n 921;
Arquivo Nacional. João José Vieira, maço 44, n 3371;
Arquivo Nacional. João Paulo Gouvea, maço 14, n 12;
Arquivo Nacional. João Pedro de Miranda, cx 577, n 959;
Arquivo Nacional. João Pedro de Miranda, maço 278, n 3299;
Arquivo Nacional. João Vicente Torres Homem, cx 1029, n 1095;
Arquivo Nacional. Joaquim Alves de Figueiredo, cx 3998, 1666;
Arquivo Nacional. Joaquim Alves de Figueiredo, maço 435, n 5691;
Arquivo Nacional. Joaquim Alves de Figueiredo, maço 2457, n 924;
Arquivo Nacional. Joaquim Alves de Figueiredo, maço 71, n 1934;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio de Araujo, maço 1551, n 3198;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio de Araujo, maço 270, n 3142;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Faria, cx 2332, n 1944;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Faria, cx 1536, n 651;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Faria, cx 4207, n 804;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Rodrigues Palmito, maço 239, n 5691;
Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Rodrigues Palmito, maço 11, n 7982;

Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Rodrigues Palmito, maço 445, n 5995;
Arquivo Nacional. Joaquim Carlos Rosa, cx 423, n 325;
Arquivo Nacional. Joaquim Cristovão dos Santos, cx 4213, n 1871;
Arquivo Nacional. Joaquim Cristovão dos Santos, maço 2287, n 277;
Arquivo Nacional. Joaquim Ferreira dos Anjos Coutinho, cx 3875, n 1743;
Arquivo Nacional. Joaquim José da Silva, cx 1043, n 1137;
Arquivo Nacional. Joaquim Mariano Pereira, cx 292, n 399;
Arquivo Nacional. Joaquim Monteiro Caminhoá, cx 484, n 1190;
Arquivo Nacional. Joaquim Monteiro Caminhoá, maço 422, n 8119;
Arquivo Nacional. Joaquim Monteiro da Luz, cx 1775, n 1273;
Arquivo Nacional. Joaquim Monteiro da Luz, cx 4083, n 959;
Arquivo Nacional. Joaquim Vicente Torres Homem, cx 869, n 3342;
Arquivo Nacional. José Antonio de Freitas Junior, cx 924, n 5663;
Arquivo Nacional. José Antonio de Freitas Junior, cx 1902, n 159;
Arquivo Nacional. José Antonio de Figueiredo Filho, maço 1526, n 2238;
Arquivo Nacional. José Firmino Vellez, maço 400, n 4165;
Arquivo Nacional. Jose francisco Diego, maço 365, n 6469;
Arquivo Nacional. Jose Joaquim da Silveira, cx 2332, n 1986;
Arquivo Nacional. José Leonardo de Azevedo, cx 1041, n 48;
Arquivo Nacional. José Leonardo de Azevedo, cx 4177, n 2161;
Arquivo Nacional. José Leonardo de Azevedo, cx 4168, n 1991;
Arquivo Nacional. José Lino Pereira, cx 920, n 5426;
Arquivo Nacional. José Lourenço de Magalhães, maço 2315, n 2144;
Arquivo Nacional. José Lourenço de Magalhães, maço 501, n 8383;
Arquivo Nacional. Jose Luiz Cardoso, maço 269, n 3116;
Arquivo Nacional. José Rodrigues Mattos, maço 2879, n 258;
Arquivo Nacional. José Tavano, cx 1041, n 63;
Arquivo Nacional. Lallemant, cx 1902, n 181;
Arquivo Nacional. Lallemant, cx 1332, n 3685;
Arquivo Nacional. Luiz Antonio de Oliveira Catta-Preta, maço 1149, n 2416;
Arquivo Nacional. Luiz Delfino dos Santos, maço 1385, n 640;
Arquivo Nacional. Manoel da Gama Lobo, cx 4052, n 36;
Arquivo Nacional. Manoel da Gama Lobo, cx 1299, n 3027;

Arquivo Nacional. Manoel da Gama Lobo, cx 345, n 498;
Arquivo Nacional. Manoel da Silva Daltro Barreto, cx 1321, n 916;
Arquivo Nacional. Mariano José de Oliveira, maço 203, n 170;
Arquivo Nacional. Mariano José de Oliveira, cx 2296, n 11825;
Arquivo Nacional. Mathias Alves Branco, n 5912;
Arquivo Nacional. Maximiano Antonio de Lemos, maço 1456, n 7050;
Arquivo Nacional. Maximiano Antonio de Lemos, maço 27, n 588;
Arquivo Nacional. Alfredo Piragibe, maço 2395, n 3011;
Arquivo Nacional. Antonio Fernandes da Costa, maço 113, n 465;
Arquivo Nacional. Claudio José Viegas, maço 395, n 3945;
Arquivo Nacional. Diogo Fernandes Fortuna, cx 4069, n 877;
Arquivo Nacional. João José de Carvalho, maço 4, n 4550;
Arquivo Nacional. Roberto Jorge Haddock Lobo filho, cx 348, n 949;
Arquivo Nacional. Alfredo Lacourt, maço 3, n 551;
Arquivo Nacional. Antonio Bernardes de Merireles Junior, Código de referência BU.O.HCO.0434;
Arquivo Nacional. Eponia Soeiro Guarany, cx 311, n 713;
Arquivo Nacional. Francisco Alves da Silva Sá, maço 2892, n 1555;
Arquivo Nacional. Francisco de Paula Travassos, maço 317, n 5725;
Arquivo Nacional. Joao Pedro de Miranda, maço 311, n 5701;
Arquivo Nacional. José Batista Desidertio senegal, cx 496, n 6948;
Arquivo Nacional. Luiz Napoleão laplane, maço 2342, n 385;
Arquivo Nacional. Luiz Vicente Simoni, maço 911, n 1950;
Arquivo Nacional. Manoel Jose Coelho da Rocha, maço 10, n 231;
Arquivo Nacional. Manoel Ponte Ribeiro, maço 1, n 172;
Arquivo Nacional. Mariano dias de oliveira, cx 3765, n 25;
Arquivo Nacional. Pedro Afonso de Carvalho Branco, cx 4019, n 523;
Arquivo Nacional. Pedro Afonso de Carvalho Branco, maço 2900, n 3723;
Arquivo Nacional. Pedro Afonso de Carvalho Branco, cx 4199, n 387;
Arquivo Nacional. Peregrino José Freire, maço 445, n 5976;
Arquivo Nacional. Severiano Rodrigues Martins, cx 470, n 1635;
Arquivo Nacional. Severiano Rodrigues Martins, cx 1040, n 8135;
Arquivo Nacional. Severiano Rodrigues Martins, cx 521, n 323;

Arquivo Nacional. Silvano Francisco Alves, maço 27, n 4548;

Arquivo Nacional. Tobias Rabelo Leite, maço 295, n 5541;

Arquivo Nacional. Tobias Rabelo Leite, cx 4119, n 1021;

Arquivo Nacional. Vicente José Lisboa, maço 923, n 2687.

Fontes impressas

Almanak Laemmert- *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Império do Brazil*, anos de 1844 a 1889. Disponível em:

http://objdigital.bn.br/acervo_digital/div_periodicos/almanak/almanak.h. Acesso em 30 de novembro de 2017.

Almanach général de médecine poua la ville de Paris, Librairie médicale et scientifique de fortin masson et., 1845.

BRASIL, Decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851. Manda executar o Regulamento da Junta de Higiene Pública. *Coleção das leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, parte 2, p. 259, 1852.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Negócios do Império. *Coleção das leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1844 à 1889. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> . Acesso em 31 mar.2018.

CENSO DEMOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://memoria.ibge.gov.br/sinteses-historicas/historicos-dos-censos/censos-demograficos>. Acesso em 01 de outubro de 2017.

Medical and surgical directory of the united states, R. L. Polk e Co., 1886.

Mapas

Mapa coleção Gotto 1866 Rio de Janeiro/Edwad Gotto, Plan of the city of Rio de Janeiro, 1866.

Planta da cidade de Sn. Sebastião do Rio de Janeiro, Schreiner, Luiz, 1879. Disponível em: <http://imaginerio.org/#1880/15/-22.916144175135788/-43.247337341308594////>, acesso em 24/06/2017.

Referências Bibliográficas

ABREU, Mauricio de Almeida. *Geografia Histórica do Rio de Janeiro (1502-1700)*, 2 vols. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estúdio & Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, 1997.

BARBOSA, Giselle Machado. *As madames do parto: parteiras através dos periódicos no Rio de Janeiro (1822-1889)*. Dissertação de mestrado, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016.

BARRADAS, Joaquim. *A Arte de Sangrar de Cirurgiões e Barbeiros*. Lisboa: Livros Horizonte, 1999.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, p. 901-925, 2008.

_____. *Nascer na Bahia do século XIX. Salvador (1832-1889)*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

BRUCE, Fábila Bobeda. *A Gênese de uma especialidade: o processo de profissionalização da oftalmologia*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

CERUTTI, Simona. “A construção das categorias sociais”. In: BOUTIER, Jean e JULIA, Dominique. *Passados Recompuestos*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1998a.

CERUTTI, Simona. (Org.); REVEL, Jacques. *Jogos de Escala: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 1998b.

CHALHOUB, Sidney. *A força da escravidão: ilegalidade e costume no Brasil oitocentista*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 351p

_____. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. Tese de livre-docência, Campinas, Unicamp, 1996.

_____. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na Corte* (7ª. impressão: 2009). 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. 287p

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões Imperiais: Medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro. Record, 1999.

DANTAS, Rodrigo Aragão. *Barbeiros-sangradores: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

DE BARROS, Junita. Dispensers, Obeah and Quackery: Medical Rivalries. *Post-Slavery British Guiana, Social History of Medicine*, v.20, p. 243-261, 2007.

DELAMARQUE, Elizabete Vianna. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política sanitária*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2011.

DOURADO, Maria Teresa Garritano; SODRE, O. ; HANEMANN, M. ; CORREA, V. B. ; CORREA, L. S. ; NEDER, A. ; TULUX, B. M. ; EDGLEY, P. P. ; CAMPESTRINI, H. . História Social da Guerra do Paraguai: fome, doenças e penalidades. *Albuquerque: Revista de História*, v. v.1, p. 129-160, 2011.

EDLER, Flavio. Coelho. A Medicina Brasileira no Século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia*, Espanha, v. L, n. 2, p. 169-186, 1998.

_____. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Dissertação de Mestrado, USP, 1992.

_____. *Ensino e profissão médica na Corte de Pedro II*. 1ª. ed. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2014.

FAURE, Olivier. “Olhar dos médicos” IN: CORBAIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges. *História do Corpo. Da Revolução à Grande Guerra*. Volume II. Rio de Janeiro:Voices, 2009.

FERREIRA, Luiz Otávio. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 57-78, 1994.

_____. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43)’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(2): 331-51, jul.-out. 1999.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves .*A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FRANK, Zephyr; BERRY, Whitney. The Slave Market in Rio de Janeiro circa 1869: Context, Movement and Social Experience. *Journal of Latin American Geography*, v. 9, n. 3, p. 85-110, 2010.

FRANK, Zephyr. Layers, Flows and Intersections: Jeronymo José de Mello and Artisan Life in Rio de Janeiro, 1840s-1880s. *Journal of Social History*, v. 41, n. 2, p. 307-328, winter 2007.

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

LEGIBRE, Arlette. “Sangrar e purgar!”em Jacques Le Goff (org.), *As doenças têm história*, Lisboa, Terramar, 1985.

LIMA, Silvio Cezar de Souza. *O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)*. Tese de Doutorado, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

LIMEIRA, Aline de Moraes. *Educação Particular e Publicidade no AlmanakLaemmert (1844/1859)*. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2007.

LOBO, Eulália M. L. Estudo das categorias socioprofissionais, dos salários e do custo da alimentação no Rio de Janeiro de 1820 a 1930. *Revista Brasileira de Economia*, vol. 27, n. 4, out./dez. 1973.

_____. *História do Rio de Janeiro (do capital comercial ao capital industrial e financeiro)* Rio de Janeiro: IBMEC, 1978.

PAYAR, André Javier. *A escravidão entre seguros: as seguradoras de escravos na província do Rio de Janeiro (1831-1888)*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, USP, 2012.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flavio. (Org.) *Escravidão, doença e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro, Outras Letras, 2016.

PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-Mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação de mestrado, Campinas, Unicamp, 1997.

_____. Barbeiros- sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-374, 1998.

_____. *Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855*. In: Nascimento, Dilene; Carvalho, Diana (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

_____. O estado da Misericórdia (Rio de Janeiro, século XIX). *XXVII Simpósio Nacional de história*, 2013, Natal. Caderno de Resumos, 2013. p. 141-141.

_____. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, 2003.

_____. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol11 (supl.1): 67-92, 2004.

PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 13, p. 1019-1027, 2006.

RIBEIRO, Márcia Moises. *Ciência nos Trópicos- a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo, Hucitec, 1997.

REBELATTO, Marta; FREITAS, Frederico. Desafios e possibilidades ao uso de sistemas de informação geográfica na história: *5o Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*, p. 2, 2011.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Juca Rosa: um pai de santo no Rio de Janeiro Imperial*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009.

_____. *Nas trincheiras da Cura. As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*, Campinas, UNICAMP, 2001.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira* (1 ed. 1948), Vol. I e II, São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1971.

SCHWARCZ, Lilia. K. Moritz. (Org.); CARVALHO, J. M. (Org.) . *História do Brasil Nação: 1830-1889*. vol 2 (direção). Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. v. 2. 326p .

SENRA, Nelson. *O Saber e o Poder das Estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os Estados Nacionais e com as ciências*. RJ: IBGE-CDDI, 2005.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da. *Doutores e canhões: o corpo de saúde do exército brasileiro na Guerra do Paraguai (1864-1870)*. Tese de doutorado, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

SOARES, Luiz Carlos. O Povo de Cam na capital do Brasil. *A escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX*. Rio de Janeiro: FAPERJ - Editora 7 Letras, 2007.

SOARES, Marcio de Sousa. Médicos e Mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. VIII, n. Número 2, p. 407-438, 2001.

STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro, Art Nova/ Fundação Oswaldo Cruz, 1976.

THOMPSON, Edward P. *A Formação da Classe Operária Inglesa, A árvore da liberdade*. v. 1, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

THORAL, Marie-Cecile. Colonial Medical Encounters in the Nineteenth Century: The French Campaigns in Egypt, Saint Domingue and Algeria, *Social History of Medicine*, vol 1. 2012.

VELLOSO, Verônica. *Farmácia na Corte imperial (1851-1887): práticas e saberes*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

VELLOSO, Verônica Pimenta. EDLER, F. ; Farmácia e farmacêuticos no oitocentos. In: Edler, Flávio. (Org.). *Boticas & Pharmacias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006, v. , p. 1-159.

VILLA, Carlos Eduardo Valencia. Ao Longo daquelas Ruas. *A Economia dos Negros Livres em Richmond e Rio de Janeiro, 1840-1860*. 1. ed. São Paulo: Paco Editorial, 2016.

WEBER, Beatriz. *As Artes de Curar- medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-grandense. (1889-1928)*, Bauru, SP/ Santa Maria, RS, EDUSC/ Ed. Da UFSM, 1999.

_____. "Fragmentos de um Mundo Oculto: Práticas de cura no sul do Brasil". In: Gilberto Hochman; Diego Armus. (Org.). *Cuidar, controlar, curar. Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, v. 1, p. 157-215.

WEISZ, George. Mapping Medical Specialization in Paris in the nineteenth and Twentieth Century. *The Society of History of Medicine*, 1994, 177-221.

_____. Medical Directories and Medical Specialization in France, Britain, and the United States. *Bulletin of History of Medicine*, 1997, 71:23-68.

_____. The emergence of medical specialization in the nineteenth century, *Bulletin of History of Medicine*, 2003, 77: 536-575.

WITTER, Nikelen Acosta . Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Tempo*. Revista do Departamento de História da UFF, v. 10, p. 13-25, 2005.

_____. *Dizem que foi feitiço: as práticas da cura no sul do Brasil (1845-1880)*. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

XAVIER, Regina Célia Lima. *Religiosidade e Escravidão, século XIX: mestre Tito*. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

Anexos

Anexo 1: Médicos presentes nas documentações do Arquivo Nacional

| Médicos | Ano/ Endereço |
|--|--|
| Antonio Américo de Urzedo | 1844-47/ Rua Larga de São Joaquim; 1848-49/ Rua da Prainha, 94; 1850-51/ Rua do Fogo, 105; 1852-53/ Rua de São Bento, 35; 1854-55/ Rua Nova do Conde, 42, 1856-59/ Largo do Roccio Pequeno, 25; 1860-62/ Rua da Prainha, 68; 1863/ Campo de S. Cristovão |
| Antonio Angelo Pedroso | 1844-49/ Rua de D. Manoel, 20; 1850-52-68-71/ Rua da Misericórdia, 8; 1859-60/ Rua da Assembléia, 45; 1861-1867 Travessa do Passo, 15; 1871-80 Rua da Princesa, 123 |
| Eduardo Ataliba de Gomensoro | 1868-69/ Rua do Ouvidor, 75; 1870-1879/ Rua do Rosário, 69 e Rua do cattete, 96A |
| Bento José Martins | 1844-1847/Rua na Conceição, 32; 1848-62/ Rua da Quitanda, 61 das 6 as 10 da manha |
| Constantino José da S. ^a Franzini | 1863-75/ Rua da Lapa, 85; 1876/ Rua do Senador Cassiano, 7 em St Thereza |
| Christovão Maria De La Sierra | 1850-53/ Rua de São Pedro, 316- Cidade Nova; 1856-58 / Rua do Engenho Novo, 6 B |
| João Batista Lacaille | 1847-/ Rua do Ouvidor, 3; 1850/ Rua da Quitanda, 54; 1851/ Rua do Paço, 8; 1852/ Morro do livramento, 89; 1853-57/ Rua do Hospício, 53; 1868/ Rua do Sabão, 136; 1869-1870/ Rua do Hospício, 130; 1872-1874/ Rua de St Luzia, 34- consultório Rua Sete de Setembro, 82 |
| Guilherme Afonso de Carvalho | 1869/ Rua dos Pescadores, 57; 1870-73/ Rua de Teophilo Ottoni, 81 sobrado; 1874-1881/ Largo da Misericórdia, 7 |
| Albino Rodrigues de Alvarenga | 1868-1872/ Rua do Rosário, 87 e Santo Amaro, 14 |
| Alexandre José do Rosário | 1844/ Rua do Sabão, 139; 1845-1850/ Rua de São Pedro, 290 |

| | |
|---------------------------------|---|
| Alfredo Camilo Valdetaro | 1860-1867/ Rua da Pedreira da Candelária, 36 e Lagoa Rodrigo de Freitas; 1868-1889/ Rua de São Clemente, 97 |
| Alfredo Candido Guimarães | 1856-1870/ Rua de São Pedro, 56 1 andar e Cosme Velho, 20, das 3 horas da tarde em diante; 1870-1874 Rua Municipal, 1 |
| José Ferreira Anjo Coutinho | 1870-1883/ Rua da Quitanda, 177 |
| Antonio Angelo Pedroso | 1844-1849 Rua de D. Manoel, n.º 20; 1850- 1852 Rua da misericórdia n 8; 1852-1860 Rua da Assembleia n 45; 1861- 1867 Rua do Paço n 15, 1870 Rua Nova de São Pedro;1871-1880 Rua da Princesa n 123 a (Cajueiro) |
| Antonio Caetano de Almeida | 1871 e 1872 Rua do Cattete, n.º 73;1873 Rua dos Inválidos, n.º 104; 1874-1879 Rua do Cosme Velho |
| Antonio Jogand | 1848-1878/ Rua da Assembléia, 116 |
| Antonio José Rodrigues da Costa | 1870-1872/ Rua dos ourives, 83 e Imperial Engenho Novo |
| Antonio Limoeiro | 1872-1874/ Rua do Conde d' Eu, 2 e Rua do Senado, 57 |
| Antonio Marcolino Fragoso | 1856-1858/ Rua dos Pescadores, 33 e Largo do capim, 75; 1859-1862/ Rua do Hospício, 130; 1863-1868/ Rua Fresca, 1 |
| Antonio Pereira Leitão | 1845-1850/ Rua da Alfandega, 132; 1851-54/ Rua do Sabão, 86; 1854-1862/ Rua dos Ourives, 114; 1863-1870/ Rua do Sabão, 375; 1871-72/ Rua do General Câmara, 375 |
| Antonio Saldanha da Gama | 1872-1873/ Rua General Câmara, 38 |
| Bento Maria da Costa | 1852-1862/ Rua do Pedregulho, 45; 1863-1864-/ Rua dos Arcos, 36; 1865-68/ Rua das Mangueiras, 38; 1869-1880/ Rua da Lapa, 20 (Atendia na jurujuba em Niterói) |
| Bernardo Francisco Justiniano | 1857-59/ Rua da carioca, 18; 1860-/ Paço municipal, 1 |
| Candido Emilio de Avellar | 1867-1869/ Rua da Prainha, 146; 1872/ Rua do Visconde de Sapucahy, 29 |

| | |
|---|--|
| Carlos Antonio de Paula Costa | 1868-72/ Rua do Passeio, 17, consultas Rua da Quitanda, 178; 1873-83/ Rua Voluntários da pátria, 2, consultas na Rua da Candelária, 19 |
| Catta-Preta (Lucas Antonio de Oliveira) | 1861-1871/ Rua da Prainha, 90; 1872-1888/ Consultório Rua Visconde de Inhaúma, 47 e residente Rua Larga de São Joaquim, 94 |
| Cesar Augusto Marques | 1872-1873/ Rua de São Pedro, 258 |
| Claudino José Viegas | 1859-67/ Rua do Sabão, 65; 1868-1874/ Travessa de S. Francisco de Paula, 17 |
| Daltro Barreto | 1862 / Rua da Lampadosa, 35; 1863-65 / Rua do Hospício, 91 |
| Diogo Antonio de Carvalho | 1856-1857/ Rua do Sabão, 331 |
| Emilio Gonzaga | 1861-1872/Rua da Imperatriz, 121, reside na rua do príncipe 35 C (cajueiro) |
| Felix José Barbosa | 1845-51/Rua da ajuda, 87; 1852 Rua da Santa Thereza, 58; 1853- 1860 Rua do Hospício, 294 |
| Fernando Francisco Lessa | 1848- 55 Rua da Quitanda, 43; 1856- 1860Rua do Senado, 118 |
| Firmino José Dória | 1874/ Rua do Costa |
| Floriano José Moreira | 1847-1850/ Rua da Rainha, 43, Niterói; 1856-1861/ ponta do Caju, 115 |
| Francisco Alves Moura | 1844-1850/Rua do cano, 148; 1851-53/ Rua da Ajuda , 81; 1854-59/ Rua de São José, 13 |
| Francisco de Paula Travassos | 1853-65/ Rua do Livramento, 102; 1866-1868/ Rua do Príncipe, 64 |
| Francisco Julio Xavier | 1844,1846-/Rua do Hospício; 1845/ Rua da Constituição, 62; 1847- 1850 Rua do Lavradio, 50 |
| Francisco Xavier Viegas | 1852-/ Rua dos barbonos, 30; 1853-1859/ Rua do príncipe, 152; 1860-1867/ Rua da Imperatriz, 101 |
| Frederico Doellinger | 1845-1855/Rua da Alfandega, 208; 1856-1860/ Rua do Rosário, 63 e 67, residente na enseada da Jurujuba; 1861/ Rua da lapa, 69 |
| Frederico João Ormerod | 1856-59/ Rua da Saúde, 53 |

| | |
|-------------------------------|--|
| Galdino Emiliano das Neves | 1852-53/ Rua do Cattete, 121; 1862-63/ Rua direita, 94 |
| Manoel da Gama Lobo | 1860-1862/ Rua do Sabão, 170; 1863-1880/Rua da lapa, 24 reside na Rua da Alfandega, 42 |
| Garcez Palha | 1873-74/ Rua da Princesa, 53 |
| Aristides Francisco Garnier | 1854-/ Rua da Quitanda, 154; 1855-56/ Rua dos Ourives, 153; 1857-66/ Rua do Hospício, 71; 1867-1877/ Rua de S. José, 108 |
| J.J. Gornet | 1855-/ Rua da Assembléia, 86; 1856-/ Rua do Ouvidor, 36; 1857 -1860/Rua do cano, 52 |
| Antonio da Silva Gradim | 1871-76/ Rua do Cattete, 202 |
| Guilherme Affonso de Carvalho | 1874/ Largo da Misericórdia 7 |
| Henrique José Pires | 1853-1858/ Rua nova do conde, 144; 1859-1862/Rua do príncipe, 70 |
| Hermenegildo Feijó | 1874/ Rua dos Inválidos, 61 L |
| Hilario de Gouvêa | 1873-85/ Rua dos ourives, 191 e Bella da princesa, 1 cattete |
| Antonio José Heitor Chomet | 1853-54/ Rua dos Ourives,1855-1865/ 41; Rua do Sabão, 136 |
| João Antonio de Barcellos | 1863-/ Rua Bella do Príncipe, 25; 1854-/ Rua de São Bento; 1872-73/ Rua da Constituição, 27 |
| João José Pimentel | 1870-/ Rua da Fonte, 17 (S. Domingo) |
| João Pedro de Miranda | 1865-1870/ Campo da aclamação, 99; 1871/- Rua do Rezende, 15B |
| João Vicente Torres-Homem | 1860-/ Rua da Saúde, 99; 1861-1866/- Rua do Rosário, 47; 1867-1869/Rua dos Pescadores, 35, 2º andar ; 1870-1882/ Rua direita, 65 |
| Joaquim Alves de Figueiredo | 1848-53/ Rua do ajude, 87; 1860-1871/ Rua de S. João Batista, 6 |
| Joaquim Antonio de Faria | 1872/- Rua da Quitanda, 61, reside praia de botafogo, 36 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Joaquim Antonio Rodrigues Palmito | 1860-1875/ Rua da Misericórdia, 13 |
| Joaquim Carlos da Rosa | 1857-1858/ Largo do Castelo, 24 |
| Joaquim Christovão dos Santos | 1859-1863/ Rua do Lavradio, 53; 1864-1872 / Rua do Lavradio, 53 e hospital da misericórdia |
| Joaquim Marianno Pereira | 1851-1856/ Rua Senhor dos Passos, 42; 1857 Largo de Santa Rita, 16; 1858-1867/Rua da Harmonia, 51 |
| Joaquim Monteiro Caminhoá | 1863-1865/ travessa do senado, 10 consultório, Rua do Sabão , 15, sobrado das 11horas da manha até as 2 da tarde; 1866-1873/ Rua do senado, 35 A ; 1874- na Europa |
| José Antonio de Freitas Junior | 1868-1869/ Rua da Imperatriz, 63; 1872-/Rua da Saúde, 175 |
| José Firmino Vellez | 1852-1867/ Travessa do Mosqueira, 6; 1868-1873/Rua do Rezende, 27 |
| José Leonardo de Azavedo | 1851-/Rua de São José, 46 |
| José Tavano | 1863-1864/Rua da Alfândega, 31; 1865-1873/ Rua direita, 44; 1874 na Europa |
| Laplane | 1845-/ rua direita, 45; 1847-1863/ Rua do Ouvidor, 3 |
| Marianno José de Oliveira | 1853-1858/ Rua do Sabão, 281 |
| Meirelles Junior | 1857-1860/ Rua da Alfandega, 90; 1861-1863/ Rua do Hospício, 42 |
| Peregrino José Freire | 1852-1854/ Rua de São Pedro, 317; 1855-1874/ Rua Senhor dos passos, 69 |
| Ponte Ribeiro | 1862-/Rua dos Ourives, 52; 1863-/ Rua Municipal; 1864-72/ Rua de S. José, 59 |
| Roberto Jorge Haddock Lobo | 1844-1864/ Rua do Engenho Velho, 19 |
| Sénechal | 1845-1847/ Rua dos Ourives, 87 |
| Severiano Rodrigues Martins | 1851-1882/ Rua do Cano, 68 (praça da aclamação) |
| Francisco Alves da Silva Sá | 1872-1874/ Rua do Hospício, 8 |
| Silvano Francisco Alves | 1849-/ Rua do Cattete, 139; 1870-1878/ Rua do infante, 5 |
| Soeiro Guarany | 1871-1873/ Rua das Flores, 2 esquina com a rua do conde d eu |

| | |
|----------------------|---|
| Tobias Rabello Leite | 1854-/ Rua Nova do Conde, 143, 1855-1858/Rua da Conciliação, n.º 5, Rio Comprido, e Rua dos Ourives, n.º 56, e Hospício, n.º 250; 1859-1862/ Rua de Carvalho de Sá, 7 |
| Vicente De Simoni | 1844-1847/Rua do Ouvidor, 167 |
| Vicente José Lisboa | 1847-1867/ Rua dos Ourives, 137 |

Fonte: Almanaque Laemmert

Anexo 2

Quadro referentes aos bens e valores dos médicos

| Médicos | Bens | Valores | Anos |
|---|---|-------------|---------------------------|
| Antonio Américo de Urzedo ¹⁰⁰ | Mobília de Jacarandá: 300\$000. Aparelho de Jantar: 200\$000. Objetos de Ouro e Prata: 300\$000. Livros de medicina e instrumentos de Cirurgia: 300\$000 | 1:100\$000 | 1863 |
| Antonio Ângelo Pedroso ¹⁰¹ | 4 apólices da dívida pública no valor de 4:310\$000 e móveis no valor de 310\$000 | 4:620\$000 | 1887 |
| Bento José Martins ¹⁰² | não consta | | Não consta ¹⁰³ |
| Constantino José da S. ^a Franzini ¹⁰⁴ | 1 ação contra os herdeiros do Dr. Luiz Bonaparte/ 3 ações contra D. Maria Clara Guitanilha. Ação de honorários médicos | não consta | 1892 |
| Christovão Maria De La Sierra ¹⁰⁵ | não consta | não consta | 1858 |
| Albino Rodrigues de Alvarenga ¹⁰⁶ | Quinta Parte do Prédio na Rua dos Voluntários da Pátria, 92 no valor de 5 contos de reis | 5:000\$000 | 1902 |
| Alexandre José do Rosário ¹⁰⁷ | não consta | não consta | 1851 |
| Alfredo Candido Guimarães ¹⁰⁸ | Assume a companhia de comercio do sogro | não consta | 1872 |
| José Ferreira Anjo Coutinho ¹⁰⁹ | herda a farmácia do irmão , no valor de 74 contos de reis | 74:000\$000 | 1900 |
| Antonio Ângelo Pedroso ¹¹⁰ | 4 contos de reis em apólices da dívida pública | não consta | 1887 |
| Antonio Caetano de Almeida ¹¹¹ | pouco mais de 13 contos de reis em ações da dívida pública. Móveis e jóias | 13:000\$000 | 1888 |
| Antonio Jogand ¹¹² | não consta | não consta | 1862 |
| Antonio Marcolino Fragoso ¹¹³ | doação de 7 contos e dois predios na rua general camara do seu cunhado falecido | 7:000\$000 | 1876 |

¹⁰⁰Arquivo Nacional Antonio. Américo de Urzedo, cx 2333, n 164

¹⁰¹Arquivo nacional. Antonio Ângelo Pedroso, cx 280, n 3243

¹⁰²Arquivo Nacional. Bento José Martins, cx 2755, n 33

¹⁰³Os espaços com a descrição "não consta" , se referem à falta de informações no documento analisado

¹⁰⁴Arquivo nacional. Constantino José da Silva Franzini, cx 358, n 205

¹⁰⁵Arquivo Nacional. Cristovão Maria de laSierra, cx 514, n 953

¹⁰⁶Arquivo Nacional. Albino Rodrigues Alvarenga, Caixa 318, Número 2432

¹⁰⁷Arquivo Nacional. Alexandre José do Rosário, cx 448, n 1054

¹⁰⁸Arquivo Nacional. Alfredo Candido Guimarães, maço 665, n 9513

¹⁰⁹Arquivo Nacional. Joaquim Ferreira dos Anjos Coutinho, cx 3875, n 1743

¹¹⁰Arquivo Nacional Antonio Ângelo Pedroso, cx 280, n 3243

¹¹¹Antonio Caetano de Almeida, cx 1227, n 3415

¹¹²Arquivo Nacional. Antonio Jogand, cx 1326, n 646

¹¹³Arquivo Nacional. Antonio Marcolino Fragoso, maço 691, n 2529

| | | | |
|--|--|-------------|------|
| Antonio Saldanha da Gama ¹¹⁴ | mais de 30 contos, alem de 4 casas na rua do riachuelo e escravos | 30:000\$000 | 1875 |
| Carlos Antonio de Paula Costa ¹¹⁵ | apolices da dividapublica no valor de 25 contos, terça parte do predio na rua do passeio, 21 no valor de 40 contos | 65:000\$000 | 1905 |
| Claudino José Viegas ¹¹⁶ | uma propriedade em vassouras | não consta | 1888 |
| Felix José Barbosa ¹¹⁷ | 2 escravos, 4 contos e 425 mil reis em apolices da divida pública e um terreno na praia do pinto no valor de 600\$000 | 6:000\$000 | 1867 |
| Floriano José Moreira ¹¹⁸ | herança no valor de 1:240\$000. mas não consta a relação dos bens | 1:240\$000 | 1862 |
| Francisco Alves Moura ¹¹⁹ | dinheiro: 497\$720; ações da estrada de Ferro D. Pedro II, escravo: 3, mobilia relacionada. | 497\$720 | 1860 |
| Francisco de Paula Travassos ¹²⁰ | letra da dividapublica e 5 escravos | não consta | 1860 |
| Frederico Doellinger ¹²¹ | 4 escravos avaiados em 800, 400, 400 e 300 mil reis, relação de objetos de ouro e prata. Espolio chegava a o montante de 52:176\$296 | 52:176\$296 | 1863 |
| Garcez Palha ¹²² | inventário com os bens | não consta | 1891 |
| Aristides Francisco Garnier ¹²³ | umachacara(na rua com o mesmo nome perto do rocha), 8 escravos | não consta | 1880 |
| Hermenegildo Feijó ¹²⁴ | casa na Rua dona Mariana, 4 em botafogo. Livros de medicina no valor de 10\$000/ outros objetos pessoais que contiam no inventário | 10\$000 | 1882 |
| João Antonio de Barcellos ¹²⁵ | valor dos bens : 2:708\$820 e uma casa na Rua Silveira Martins, 48 | 2:708\$820 | 1855 |
| João Pedro de Miranda ¹²⁶ | relação dos bens do pai que foram divididos entre 13 irmão, o | 92:911\$240 | 1877 |

¹¹⁴Arquivo Nacional. Antonio Saldanha da gama, cx 4275, n 985

¹¹⁵; Arquivo Nacional. Carlos Antonio de Paula Costa, maço 122, n 3305

¹¹⁶Arquivo Nacional. Claudino José Viegas, maço 395, n 3945

¹¹⁷Arquivo Nacional. Felix José Barbosa, cx 381, n 1034

¹¹⁸Arquivo Nacional. Floriano José Moreira, cx 383, n 1106

¹¹⁹Francisco Alves de Moura, cx 924, n 5676

¹²⁰Arquivo Nacional. Francisco de Paula Travassos, maço 317, n 5725

¹²¹Arquivo Nacional. João Frederico Doellinger, cx 4105, 1607

¹²²Arquivo Nacional. Diego Garcez Palha de Almeida, cx 1485, n 3425

¹²³Arquivo Nacional. Aristides Francisco Garnier, cx 377, n 802

¹²⁴Arquivo Nacional. Hemenegildo da Cunha Ribeiro Feijo, cx 4143, n 1461

¹²⁵Arquivo Nacional. João Antonio Barcelos, cx 1112, n 5522

¹²⁶Arquivo Nacional. João Pedro de Miranda, cx 577, n 959

| | | | |
|--|--|-------------|------|
| | montante avaliado em: 92:911\$240 | | |
| Joaquim Alves de Figueiredo ¹²⁷ | uma casa e uma chácara na rua humaita, 41 no malor de 6 contos. Bens com foto | 6:000\$000 | 1883 |
| Joaquim Antonio de Faria ¹²⁸ | 8 escravos, livros de medicina e bens no valor de : 8:300\$000 | 8:300\$000 | 1864 |
| Joaquim Antonio Rodrigues Palmito ¹²⁹ | doação de 8 apolices da dividapublica para sua filha que iria casar no valor de 6 contos de reis | 6:000\$000 | 1851 |
| Joaquim Carlos da Rosa ¹³⁰ | algumasapolices da divida pública no valor de 1 conto | 1:000\$000 | 1898 |
| Joaquim Christovão dos Santos ¹³¹ | poucos bens: quinta parte do predio na rua do lavradio n 53 | não consta | 1872 |
| Joaquim Marianno Pereira ¹³² | objetos e moveis no valor de : 380\$000 | 380\$000 | 1861 |
| Joaquim Monteiro Caminhoá ¹³³ | herda do irmão apolices da estrada de ferro donpedro segundo no valor de 26 contos de reis | 26:000\$000 | 1879 |
| José Firmino Vellez ¹³⁴ | Predio na Rua da Cosntituição, 17, antiga Rua dos Cihanos em 1878. Avaliado em 9 contos de reis | 9:000\$000 | 1878 |
| José Leonardo de Azavedo ¹³⁵ | 200 volumes sm livros de medicina 8 escravos e relação de moveis da loja médica | não consta | 1860 |
| Marianno José de Oliveira ¹³⁶ | predio na travessa Capitão Sena, 5 | não consta | 1830 |
| Peregrino José Freire ¹³⁷ | 1 apolice da dividapublica, 4 casas e varias apólices da divida pública | não consta | 1860 |

¹²⁷Arquivo Nacional. Joaquim Alves de Figueiredo, cx 3998, 1666

¹²⁸Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Faria, cx 2332, n 1944

¹²⁹Arquivo Nacional. Joaquim Antonio Rodrigues Palmito, maço 239, n 5691

¹³⁰Arquivo Nacional. Joaquim Carlos Rosa, cx 423, n 325

¹³¹Arquivo Nacional. Joaquim Cristovão dos Santos, cx 4213, n 1871

¹³²Arquivo Nacional. Joaquim Mariano Pereira, cx 292, n 399

¹³³Arquivo Nacional. Joaquim Monteiro Caminhoá, maço 422, n 8119

¹³⁴Arquivo Nacional. José Firmino Vellez, maço 400, n 4165

¹³⁵Arquivo Nacional. José Leonardo de Azevedo, cx 1041, n 48

¹³⁶Arquivo Nacional. Mariano José de Oliveira, maço 203, n 170

¹³⁷Arquivo Nacional. Peregrino José Freire, maço 445, n 5976