

**TÂNIA SALGADO PIMENTA**

**O EXERCÍCIO DAS ARTES DE CURAR  
NO RIO DE JANEIRO (1828 a 1855)**

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento  
de História do Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Estadual de Campinas  
sob a orientação do Prof. Dr. Sidney Chalhoub,  
1957

Este exemplar corresponde à redação  
final da Tese defendida e aprovada pela  
Comissão Julgadora em  
27/08/2003

**BANCA**

Prof. Dr. Sidney Chalhoub (orientador)

*Schalhoub*

Profa. Dra. Vera Regina Beltrão Marques (membro)

*Vera Regina Beltrão Marques*

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (membro)

*Luiz Otávio Ferreira*

Prof. Dr. Leila Mezan Algranti (membro)

*Leila Mezan Algranti*

Prof. Dr. Robert Wayne Andrew Slenes (membro)

*Robert Wayne Andrew Slenes*

Profa. Dra. Maria Clementina Pereira Cunha (suplente)

Profa. Dra. Silvia Hunold Lara (suplente)

AGOSTO/2003



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNICAMP

P649e Pimenta, Tânia Salgado.  
O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro  
(1828 a 1855) / Tânia Salgado Pimenta. – Campinas, SP :  
[s.n.], \c 2003.

Orientador : Sidney Chalhoub.  
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

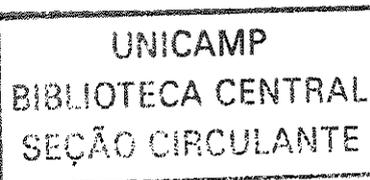
1. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.  
2. Hospitais. 3. Cura. 4. Homeopatia. 5. Exercícios  
terapêuticos. 6. Medicina popular. 7. Medicina – Prática.  
8. Medicina – História. 9. Cólera. I. Chalhoub, Sidney, 1957-  
II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia  
e Ciências Humanas. III. Título.

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	P649e
V	EX
TOMSO BCI	55849
PROC.	16.124/03
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	18/09/03
Nº CPD	BIBID 300844

CM0018E106-B

## RESUMO

As transformações pelas quais passou o exercício das práticas de curar entre os anos 1828 e 1855, sobretudo no Rio de Janeiro, constituem o objeto de estudo dessa tese. Observamos, nesse período, a organização dos médicos acadêmicos em torno da Faculdade de Medicina, Academia Imperial de Medicina e periódicos especializados, ao mesmo tempo em que os terapeutas populares foram perdendo espaço para legalizar as suas atividades. Comparamos, então, as mudanças na legislação e a ação dos órgãos fiscalizadores com a atuação dos terapeutas não oficializados e a procura da população por seus serviços. Em seguida, para aprofundar a análise desse processo, enfocamos a pesquisa no principal hospital dessa época – o da Santa Casa da Misericórdia – e no contexto da epidemia de cólera de 1855. Sobressai em nosso estudo os conflitos derivados da tentativa da medicina acadêmica de se impor sobre as demais artes de curar, demonstrando a dificuldade daquela em estabelecer o monopólio das atividades terapêuticas.



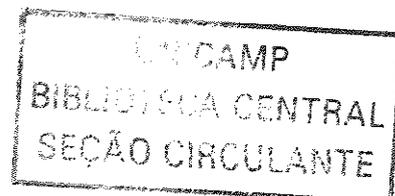
96808300296

## ABSTRACT

The transformations healing practices underwent between the years 1828 and 1855, especially in Rio de Janeiro, are the subject of this dissertation. During that period it can be seen that the organization of academic physicians around the School of Medicine, the Imperial Academy of Medicine and specialized journals, happened at a time when traditional healers were losing ground to legalize their practices. We then compare the legislative changes and the actions of supervising bodies to the behavior of non-official healers and the popular demand for their services. Next, we deepen the analysis of this process by focusing our research on the main hospital at the time - the Santa Casa da Misericórdia - and on the context of the 1855 cholera epidemic. One of the salient aspects of the present study is the conflict derived from the attempt by academic medicine to impose itself over the rest of healing practices, a conflict that shows how difficult it was to try to establish a monopoly in that sector.

## RESUMEN

Las transformaciones por las que pasó el ejercicio de las prácticas curativas entre los años 1828 y 1855, sobre todo en Rio de Janeiro, constituyen el objeto de estudio de esta tesis. Observamos en ese período la organización de los médicos académicos en torno a la Facultad de Medicina, la Academia Imperial de Medicina y a periódicos especializados, al mismo tiempo en que los terapeutas populares fueron perdiendo terreno para legalizar sus actividades. Comparamos los cambios legislativos y la acción de los órganos de control con la actuación de los terapeutas no oficializados y la búsqueda de la población de sus servicios. A continuación, para profundizar el análisis de este proceso, centramos la investigación en el hospital más importante de esa época - el de la Santa Casa da Misericórdia - y en el contexto de la epidemia de cólera de 1855. Sobresalen en nuestro estudio los conflictos derivados de la tentativa de la medicina académica por imponerse sobre las demás artes curativas, demostrando la dificultad que tuvo para establecer un monopolio sobre las actividades terapéuticas.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais – Manoel e Deisi – por tudo, especialmente pelo apoio durante esses intermináveis anos de doutoramento. Devo a estrutura para concretizar essa tese à minha família (incluindo a Naza) e aos essenciais Zoli, Nina, Lua e Noel. Em especial, agradeço à minha irmã, Thaís, com quem compartilho a busca de momentos fundamentais de integração com a natureza, e ao meu irmão, Guto, com quem divido o interesse pela história – seja da medicina ou do rock Brasil dos anos 80. No fim, prevaleceu a ‘fraternal’ divisão do computador entre tese, dissertação e monografia.

Gentileza – através de textos, sugestões, indicações, palavras de incentivo –, foi o que não faltou nesse caminho. Por isso, sou grata aos professores Carlos Maia, Jaime Benchimol, Ângela Pôrto, Marta de Almeida e Gladys Ribeiro. Agradeço especialmente a Luiz Otávio Ferreira, que além de ler a versão anterior dos capítulos, indicou e disponibilizou textos importantes para esta tese. A participação do Simpósio “Ciência, saúde e poder na América Latina e no Caribe”, na Cidade do México, permitiu o contato direto com pesquisadores latino-americanos, cujos trabalhos ampliaram a minha percepção sobre o tema. Entre estes, destaco Marcos Cueto, Ana María Carrillo, Martha Eugenia Rodríguez e Gérman Colmenares.

Apesar do pequeno tempo entre a qualificação e a defesa, procurei incorporar as valiosas críticas e sugestões das professoras Leila Algranti e Vera Marques. Sendo ‘expert’ em Santa Casa, foi importante a leitura do capítulo 2 por Luciana Gandelman que, além disso, me emprestou vários textos de sua biblioteca sobre assunto. Marilda Santana não leu, mas é como se tivesse lido de tanto que a gente conversou sobre as nossas teses. Nas diversas fases do doutorado, foram fundamentais as amizades de pessoas tão generosas quanto Marilda, que sempre me recebeu com a sua hospitalidade mineira em Campinas, e Vera, a quem não tenho como agradecer toda a ajuda.

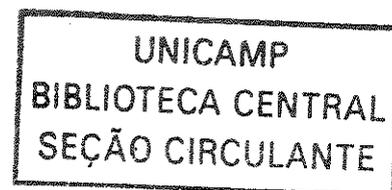
Ao meu orientador na Emory University, Jeffrey Lesser, agradeço pela atenção e gentileza, ajudando-me em tudo para que minha estadia fosse a mais agradável e produtiva possível. Agradeço à calorosa acolhida de Maria Carrion, Rick Reighans, Roman e Camilo. Em Atlanta, pude contar ainda com a amizade de Jeffrey Reznick, Martina Millá (moltes gràcies!), Micol Siegel e Ryan Lynch, entre outros, que ajudaram a “enganar” a saudade do Brasil e me ensinaram a gostar de lá. Ainda nos EUA pós 11 de setembro, foram importantes minhas queridas amigas Mara Loveman e Tamera Marko.

A admiração pelo trabalho de Sidney Chalhoub só aumentou desde que cheguei ao programa de pós-graduação em história da UNICAMP. Com o tempo, fui aprendendo a aproveitar cada vez mais o privilégio de ter a sua orientação que, com incentivo e paciência, foi fundamental para o desenvolvimento da tese.

Agradeço aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação do IFCH da UNICAMP e das diversas instituições onde pesquisei: Arquivo Nacional (Sátiro), Biblioteca Nacional, Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, Academia Nacional de

Medicina, Santa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Sr. Oliveira e Solange). Agradeço também à Virgínia, Fabrício e Sílvia pela ajuda que puderam me dar na pesquisa.

Por fim, agradeço ao CNPq pela bolsa de doutorado e à CAPES pela bolsa de doutorado sanduíche que me possibilitou pesquisar por quatro meses nas bibliotecas Emory University, em Atlanta.



## ÍNDICE

<i>Introdução</i>	1
<i>Capítulo 1 – O controle sobre as Artes de Curar</i>	9
A regulamentação e o exercício das artes de curar entre 1808 e 1850	17
O controle sobre os terapeutas com a criação da Junta de Higiene (1850)	53
As parteiras	68
Os sangradores	81
Os curandeiros	89
Substâncias indígenas	97
<i>Capítulo 2 – O hospital da Santa Casa e a inserção dos médicos em seu cotidiano</i>	109
Sangradores e curandeiros no hospital	123
A ordem e os conflitos	129
O hospital como lugar de ensino	135
A organização física do hospital	143
Os enfermos	147
As mulheres no hospital	165
<i>Capítulo 3 – A Junta Central de Higiene Pública e o cólera</i>	175
“Unam-se os médicos”	178
A proeminência questionada	190
Uma estratégia médica divergente	215
<i>Epílogo</i>	239
<i>Fontes e Bibliografia</i>	243
Principais fontes manuscritas consultadas	244
Fontes impressas citadas	245
Bibliografia citada	247

# INTRODUÇÃO

Desde a publicação dos estudos clássicos de Roberto Machado (et al.) e Lycurgo Santos Filho<sup>1</sup> – com abordagens bem diferentes um do outro –, o número de pesquisas sobre a história da medicina no Brasil aumentou muito. Principalmente, a partir da década de 1990, uma série de pesquisas tem enriquecido o nosso conhecimento sobre o processo de organização da medicina acadêmica no país. Boa parte desses trabalhos tem sido produzida por um grupo de pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e voltam-se, sobretudo, para o desenvolvimento das instituições médicas, a relação entre os médicos diplomados e entre estes e o governo e a gradual aceitação do paradigma microbiano.<sup>2</sup> Tópicos que acabam por concentrar tais pesquisas na segunda metade do século XIX e na primeira metade do XX. Como bem apontou Luiz Otávio Ferreira, a primeira metade do Oitocentos ainda conta com poucos estudos.

Na mesma década, temas relacionados à história das artes de curar foram sendo abordados sob a ótica da história social, levantando novas questões. Uma atenção maior voltada para as ações e as concepções dos grupos subalternos contribuiu para enriquecer esse campo de estudo. Nesse sentido, a tese de pós-doutoramento, “Cidade febril”, de Sidney Chalhoub acabou por agregar vários pesquisadores que pretendiam tratar do tema a

---

<sup>1</sup> Respectivamente, *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978; e *História geral da medicina brasileira*, São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991.

<sup>2</sup> Por exemplo, Lorelai Kury, *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, dissertação de mestrado, UFF, 1990; Flávio Edler, *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro (1854-1884)*, dissertação de mestrado, USP, 1992 e *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, tese de doutorado, UERJ, 1999; Luiz Otávio Ferreira, *O nascimento de uma instituição científica – o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, tese de doutorado, USP, 1996; Gilberto Hochman, *A era do saneamento*, São Paulo, Hucitec/ANPOCS, 1998; Tania Fernandes, *Vacina Antivariólica – ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999; Jaime Benchimol, *Dos micróbios aos mosquitos – febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocruz/UFRJ, 1999; André Pereira Neto, *Ser médico no Brasil – o presente no passado*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.

partir dessas preocupações. Assim, trabalhos produzidos nessa linha de pesquisa têm contribuído para a historiografia sobre o assunto.<sup>3</sup> Obviamente, estudos realizados fora dessas instituições também têm prestado uma contribuição relevante para o conhecimento do tema.<sup>4</sup>

Acompanhando a produção historiográfica mais recente, uma aparente falta de criatividade chama a atenção: “As artes de curar – medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)”,<sup>5</sup> “A arte de curar – cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais”,<sup>6</sup> “Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social”.<sup>7</sup> No meu caso, a insistência na expressão é dupla: “Artes de curar – um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX” e, agora, “O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-

---

<sup>3</sup> Apenas na UNICAMP, podemos citar os seguintes trabalhos: Gabriela dos Reis Sampaio, *Nas trincheiras da cura: médicos e curandeiros no Rio de Janeiro do século XIX*, dissertação de mestrado, 1995 e *A história do feiticeiro Juca Rosa: cultura e relações sociais no Rio de Janeiro imperial*, tese de doutorado, 2000; Magali Gouveia Engel, *O louco e a loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências, 1830-1930*, tese de doutorado, 1995; Tânia Salgado Pimenta, *As artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*, dissertação de mestrado, 1997; Beatriz Teixeira Weber, *As Artes de Curar - Positivismo, Religião, Magia e Medicina No Rio Grande do Sul Republicano*, tese de doutorado, 1997; Vera Regina Beltrão Marques, *Do espetáculo da natureza à natureza do espetáculo - boticários no Brasil setecentista*, tese de doutorado, 1998; Jane Felipe Beltrão, *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*, tese de doutorado, 1999; Liane Maria Bertucci, *Impressões sobre a saúde - a questão da saúde na imprensa operária, São Paulo - 1891/1925*, dissertação de mestrado, 1992 e *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*, tese de doutorado, 2002.

<sup>4</sup> Por exemplo, Sérgio Carrara, *Tributo a Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996 (originalmente, tese de doutorado defendida no MN/UFRJ); Márcia Ribeiro, *A ciência dos trópicos – a arte médica no Brasil do século XVIII*, São Paulo, Hucitec, 1997 (originalmente, dissertação de mestrado defendida na USP); Betânia Figueiredo, *A arte de curar – cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*, Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002 (originalmente, tese de doutorado defendida na USP); e Márcio Soares, *A doença e a cura – saberes médicos e cultura popular na corte imperial*, dissertação de mestrado, UFF, 1999.

<sup>5</sup> Beatriz Teixeira Weber.

<sup>6</sup> Betânia Gonçalves Figueiredo.

<sup>7</sup> Sidney Chalhoub, Carlos Galvão, Vera Marques e Gabriela Sampaio (orgs.), no prelo.

1855)”. Esses exemplos restringem-se àqueles que empregam o termo no título do trabalho. Se considerarmos os estudos que o adotam no desenvolvimento de suas análises a lista cresce consideravelmente.

A recorrência se explica pela abordagem desses trabalhos. 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 de curar. Portanto, à medida que as pesquisas vão ampliando o foco em direção aos diferentes agentes das atividades terapêuticas, torna-se necessário o uso de um termo mais abrangente. Tal movimento em relação ao objeto de estudo traz algumas implicações. Uma delas é o reconhecimento da importância de terapeutas não oficializados no cotidiano da cura. A relativização do poder dos médicos para impor os seus interesses à sociedade é outra.

Ao longo de todo o texto, tentamos considerar a posição de quem procurava algum tratamento para os seus males. Embora os resultados sejam decepcionantes em comparação aos estudos antropológicos voltados para a área da saúde,<sup>8</sup> conseguimos alguns dados sobre a preferência das pessoas por determinado tipo de terapeuta de acordo com a doença. Procuramos também dialogar com a extensa historiografia latino-americana, norte-americana e européia sobre o assunto.

Com essas referências bibliográficas, o objeto de estudo dessa tese foi construído: as transformações pelas quais passou o exercício das práticas de cura entre os anos 1828 e 1855, sobretudo no Rio de Janeiro. Esta cidade foi escolhida para a investigação por ter

---

<sup>8</sup> Ver, por exemplo, Paulo César Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs.), *Saúde e doença – um olhar antropológico*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994; Paulo César Alves e Miriam C. Rabelo (orgs.), *Antropologia da saúde – traçando fronteiras*, Rio de Janeiro, Fiocruz/Relume Dumará, 1998; Luiz Fernando D. Duarte e Ondina F. Leal, *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

sido a sede de todas as instituições pesquisadas, tornando-se centro dos embates e aproximações entre os diversos tipos de terapeutas. O período pesquisado foi pensado em dois momentos: 1828 a 1850, quando se inicia o processo de desautorização dos terapeutas populares sem que os médicos contassem com um órgão de fiscalização; e 1850 a 1855, no qual a Junta de Higiene Pública estava constituída, representando um marco importante no processo de luta pelo monopólio das atividades terapêuticas, e teve de mostrar eficiência frente a dois grandes flagelos: febre amarela e cólera.

Este estudo é um desdobramento da dissertação de mestrado, na qual tratei do tema no período 1808-1828, quando um órgão do governo – a Fisicatura-mor – centralizava as funções de regulamentação e fiscalização das artes de curar. O interessante nesse contexto era o reconhecimento de diversos tipos de terapeutas (além de médicos, cirurgiões e boticários, havia os sangradores, curandeiros e parteiras), que deveriam atuar com suas respectivas licenças.

Em 1828, a Fisicatura-mor foi extinta e o exercício das artes de curar passou por várias modificações em sua regulamentação. Essas mudanças, freqüentemente, são consideradas apenas no que tange aos médicos acadêmicos, atentando, sobretudo, para a sua crescente organização em torno das Faculdades, Academia e periódicos especializados. Aqui, pretendemos analisar essas transformações enfocando também as implicações para as demais categorias de terapeutas e, quando possível, para os seus clientes, uma vez que as relações entre tais grupos afetaram o processo de luta pelo monopólio das artes de curar por parte dos médicos.

Analisaremos essas mudanças concentrando a pesquisa em três situações a fim de tentarmos alcançar um entendimento maior dessas transformações. Em primeiro lugar, acompanharemos a percepção e a adaptação dos diversos terapeutas à nova legislação e as suas relações com as instituições médicas que estavam se organizando no período. Para chegarmos próximo ao cotidiano dessas pessoas, além da legislação, documentos oficiais da Câmara Municipal, do Ministério do Império e de instituições médicas, usaremos anúncios do *Jornal do Comércio* e do *Diário do Rio de Janeiro*. Desse modo, pretendemos identificar as estratégias dos terapeutas, muitas vezes ilegais, para conquistar clientes diante desse novo contexto. Complementando a análise, procuraremos entender como os médicos acadêmicos e as autoridades lidaram com a situação.

Em seguida, focalizaremos um ambiente mais restrito: o hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Naquele momento, era o mais importante do Império não só pelo crescente número de pessoas atendidas, como também por estar se tornando fundamental para o ensino médico acadêmico. Assim, poderemos comparar as transformações identificadas e a forma como se agia, na sociedade carioca, com as mudanças ocorridas em um espaço mais controlado. Durante a primeira metade do Oitocentos, o hospital foi se transformando em um lugar para tratar os doentes, sobrepondo-se à função original de caridade. Vamos analisar, então, como se deu essa mudança atentando para a relação dos médicos com a direção, com os diversos empregados (estudantes, serventes, enfermeiros) e com os internados. Nessa parte do trabalho, utilizamos, sobretudo, a documentação da própria Santa Casa para tentar entender o papel do hospital no processo de organização dos médicos e institucionalização da medicina.

Por último, nos ocuparemos dos primeiros anos de existência da Junta de Higiene Pública, quando esta teve de enfrentar as primeiras epidemias de febre amarela e,

principalmente, de cólera no Rio de Janeiro. A importância de darmos ênfase a esse período reside no reconhecimento de que a instituição da Junta representou um marco no processo de luta pelo monopólio das artes de curar. Com as referidas epidemias, momento em que as tensões sociais são exacerbadas, a elite médica teve de se posicionar e tentar defender as medidas que considerava necessárias. Esse contexto, em que toda a sociedade estava preocupada com a ameaça de uma doença e um número muito grande de pessoas demandava cuidados médicos, é especialmente interessante para avaliarmos em que medida a elite médica conseguiu reprimir práticas não autorizadas e impor os seus preceitos em detrimento de posturas divergentes, como a dos homeopatas.



## CAPÍTULO 1

# O CONTROLE SOBRE AS ARTES DE CURAR

Nesse capítulo pretendemos analisar a relação entre médicos acadêmicos e terapeutas populares<sup>1</sup> durante a primeira metade do século XIX, quando, sobretudo entre 1828 e 1850, observamos transformações significativas ocorridas no exercício das práticas terapêuticas.

Vimos em estudo anterior que, entre 1808 e 1828, havia espaço para legalização de vários ofícios relacionados às atividades terapêuticas. Assim, mesmo algumas atividades associadas a camadas sociais subalternas faziam parte do mundo oficial das artes de curar. Nesse período, o órgão do governo responsável por isso era a Fisicatura-mor, que foi criada logo após a transferência da corte portuguesa, tendo o Rio de Janeiro como sede.<sup>2</sup>

Órgãos semelhantes existiram em outros lugares. Além de Portugal e suas demais colônias, os reinos da Itália e da Espanha e suas possessões também tinham protomedicatos ou fisicaturas.<sup>3</sup> Suas funções e seu modo de funcionamento desenvolveram-se a partir de regras de corporações de ofícios e dispunham sobre uma variada gama de atividades: parteiras, sangradores, algebristas, médicos, cirurgiões, dentistas, oculistas, boticários. Para as instituições, cada ofício correspondia a atividades bem delimitadas, às quais os respectivos praticantes deveriam se ater. Havia também uma hierarquia entre essas

---

<sup>1</sup> A categoria “terapeutas populares” abrange os que exerciam práticas de cura, cujo saber não havia sido adquirido academicamente, e pertenciam a camadas sociais mais baixas.

<sup>2</sup> Na verdade, esse órgão existia em Portugal, antes de 1808. Até 1782, chamava-se Fisicatura-mor e entre este ano e 1809, Junta do Protomedicato.

<sup>3</sup> David Gentilcore, “‘All that pertains to medicine’: protomedici and protomedicati in early modern Italy”, *Medical History*, n.38, 1994; María Soledad C. Díez, “El protomedicato en la administración central de la monarquía Hispânica”, *Dynamis*, 16, 1996. Pilar Gardeta Sabater, “El Nuevo modelo del Real Tribunal del Protomedicato en la América española: transformaciones sufridas ante las Leyes de Índias y el cuerpo legislativo posterior”, *Dynamis*, 16, 1996.

categorias segundo a qual os médicos ocupariam as posições mais prestigiadas e parteiras e sangradores, por exemplo, as mais subalternas.

O seu modelo de controle era característico do Antigo Regime, contudo os regulamentos variavam de acordo com o contexto em que eram criados e/ou aplicados. Alguns estudos a respeito do império espanhol têm mostrado distinções regionais na estrutura e nas funções do órgão.<sup>4</sup>

Analisando os processos da Inquisição portuguesa, durante os séculos XVII e XVIII, a pesquisa de Timothy Walker enfoca os conflitos entre terapeutas populares e acadêmicos. Walker defende que a Inquisição serviu aos interesses desses últimos na medida em que reprimia a atuação de curandeiros, que atuavam ilegalmente, abrindo caminho para a penetração da medicina acadêmica em todos os níveis da sociedade portuguesa.<sup>5</sup>

Ainda que questionemos o grau de intenção por parte dos médicos a serviço da Inquisição e mesmo a ênfase dada no conflito, o fato é que os curandeiros não tinham autorização para curar. Situação semelhante acontecia na Espanha e em suas colônias, onde até o final do século XVI, algumas categorias de terapeutas populares podiam se oficializar – como os *ensalmadores*<sup>6</sup> e os curadores de algumas doenças específicas. A partir de então, esses ofícios deixaram de ser legais.

O que não quer dizer que não fossem exercidos. Na verdade, apesar de todo o aparato burocrático, este nunca foi suficiente para impor a oficialização a todos cujas

---

<sup>4</sup> Ver Asunción Fernández Doctor, “El control de las profesiones sanitarias en Aragón: el Protomedicato y los Colegios”, *Dynamis*, 16, 1996; José Danón, “Protomédicos y Protomedicato en Cataluña”, *Dynamis*, 16, 1996; Pilar Sabater, *obra citada*.

<sup>5</sup> Timothy Walker, *The role and practices of the curandeiro and saludadore in early modern Portuguese society*. Apresentado no seminário “Saberes médicos e práticas terapêuticas: Brasil e Portugal”, setembro de 2002.

<sup>6</sup> De acordo com Perdiguero (p.95), os *ensalmadores* eram “especialistas en dolencias externas”.

atividades cabiam dentro da definição de categorias legais ou para reprimir as atividades consideradas ilegais.

Essa é uma conclusão comum a vários estudos dedicados ao exercício das artes de curar em diversos contextos, sobretudo no século XVIII e início do XIX. Os terapeutas populares, com toda a diversidade que essa categoria abarca, constituíam a maioria e eram aceitos e procurados pela população.<sup>7</sup> Algumas pesquisas incorporam o discurso oficial da época e apontam a ausência ou o pequeno número de médicos acadêmicos como o principal fator que levava a essa situação. Porém, novos trabalhos têm apresentado um quadro muito mais complexo, dando a devida atenção aos casos em que os doentes escolhiam os terapeutas populares em detrimento dos acadêmicos, não por ignorância, mas por concepções de doença e de cura mais afins.

Apesar de poucos, os trabalhos historiográficos sobre medicina no Brasil colônia, como os de Vera Marques, Márcia Ribeiro e Nauk de Jesus,<sup>8</sup> têm demonstrado a circularidade entre os saberes terapêuticos indígenas, africanos e europeus, entre as práticas de cura populares e acadêmicas, alguns enfatizando a proximidade entre a medicina e o mundo da magia.<sup>9</sup>

Havia um forte interesse por parte dos terapeutas acadêmicos nas plantas medicinais nativas e em seu uso para as doenças típicas de cada região. Além disso, os

---

<sup>7</sup> Por exemplo, John Tate Lanning, *The Royal Protomedicato – the regulation of the medical professions in the Spanish Empire*, Durham, Duke University Press, 1985; Luz M. H. Sáenz, *Learning to heal – the medical profession in Colonial Mexico 1767-1831*, Nova Iorque, Peter Lang, 1997; Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les saviors*. Montaigne, Aubier, 1981; Jorge Crespo, *A história do corpo*. Lisboa, Difel, 1990.

<sup>8</sup> Respectivamente, *Natureza em boiões; A ciência dos trópicos; Saúde e doença: práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808)*.

<sup>9</sup> Márcia Ribeiro, obra citada, p.17.

terapeutas locais, que, em geral, detinham esses conhecimentos valorizados, eram considerados necessários em lugares mais afastados dos centros urbanos, onde as pessoas não tinham acesso a médicos ou cirurgiões acadêmicos.<sup>10</sup>

Dessa forma, apesar de a legislação proibir que pessoas não autorizadas praticassem alguma arte de curar, existia por parte das autoridades certa tolerância e flexibilidade quanto à atuação de terapeutas populares. Talvez tanta flexibilidade que uma outra categoria passou a integrar o rol de práticas oficiais. A partir de 1808, identificamos os mesmos argumentos nas concessões de licenças para terapeutas denominados pela própria Fisicatura-mor como curandeiros e como curadores de determinadas moléstias.

Do mesmo modo que os sangradores e as parteiras, os curandeiros também exerciam atividades consideradas menos prestigiadas, eram indivíduos que ocupavam posições sociais subalternas e, de preferência, assistiriam os pobres.

O discurso oficial pretendia que os terapeutas não oficializados fossem procurados apenas porque não haveria médicos e cirurgiões em número suficiente e porque estes cobrariam mais caro. Dessa forma, os primeiros seriam “tolerados” pela burocracia. Contudo, já vimos que, mais que tolerância, havia uma grande dificuldade desses órgãos em fiscalizar o cumprimento de seus regimentos e, sobretudo, uma correspondência entre os tratamentos oferecidos pelos terapeutas populares e as necessidades de quem recorria a eles, o que dificultava qualquer tentativa de reprimi-los.

No caso da Fisicatura-mor, em sua fase no Brasil, encontramos uma importante peculiaridade. Enquanto no reino espanhol e suas colônias, os ervateiros/curandeiros eram

---

<sup>10</sup> No México, havia essa tolerância, sobretudo, nas localidades indígenas, onde os médicos não tinham interesse em trabalhar. Saenz e Lanning, *obras citadas*.

apenas *tolerados*, no império português e brasileiro, havia espaço para a *inclusão* dos curandeiros na hierarquia das categorias terapêuticas consideradas legítimas. Provavelmente, a inclusão de atividades terapêuticas praticadas por setores subalternos relaciona-se com a busca por enredar os curandeiros de forma mais enfática nas relações de proteção e obediência, de favores e lealdades.

Ao longo de sua existência, nos diversos contextos, tais órgãos passaram por mudanças e adaptações. Reconhecendo uma gama variada de atividades relacionadas às artes de curar, pode-se dizer, em linhas gerais, que entraram em conflito com as instituições de associação e de ensino médicos, que passavam a lutar pelo monopólio da atividade terapêutica, no começo do século XIX.

Outro aspecto a ser considerado é a luta e a conquista da independência política de muitos povos latino-americanos nesse período, quando as instituições metropolitanas passaram a ser especialmente mal vistas. No México, o Protomedicato foi extinto em 1831, dez anos depois da independência política.<sup>11</sup> No Brasil, a sua extinção aconteceu num contexto de crescimento da voga anti-lusitana, quando a Fisicatura-mor, assim como outras instituições, passou a ser identificada com os interesses portugueses.<sup>12</sup>

Depois da independência política, a Fisicatura-mor resistiu por mais seis anos, sendo extinta em 1828. Contudo, em 1826, a Câmara dos Deputados já discutia o seu fim, proposto pela comissão de saúde pública após ter examinado “os numerosos requerimentos dos cidadãos brasileiros, em que se queixam das vexações, arbitrariedades, e extorsões dos

---

<sup>11</sup> Luz Maria Hernández Sáenz, *obra citada*.

<sup>12</sup> Ver Sérgio Buarque de Holanda, “A herança colonial – sua desagregação”, *HGCB*, t.II, v.1, São Paulo, Difel, 1982. Sobre a identificação da Fisicatura com a política portuguesa, ver Machado e outros, *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978, p. 157. Outra instituição também extinta em 1828 foi a Mesa de Consciência. Ver Guilherme das Neves, *E receberá mercê – a Mesa de Consciência e Ordens e o clero secular no Brasil (1808-1828)*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1997, p. 131.

juízos da provedoria-mor da saúde, e Fisicatura-mor do império”.<sup>13</sup> Muitos dos conflitos estavam relacionados a uma função bem específica da Fisicatura-mor: a fiscalização das casas de comida e bebida. Os comerciantes manifestavam revolta contra a instituição através de um abaixo-assinado encaminhado ao Imperador, queixando-se dos excessos cometidos pelos oficiais do Físico-mor.<sup>14</sup> Isto não era novidade, já que no começo do século XVIII, a metrópole teve que fazer um regimento específico para os funcionários da Fisicatura-mor no Brasil, a fim de tentar coibir os abusos denunciados, sobretudo, por comerciantes.<sup>15</sup>

O fim da instituição também pode ser relacionado ao descontentamento dos médicos e cirurgiões com a autoridade do órgão sobre o exercício de suas atividades. Desde 1826, vinha se construindo certa autonomia dos cirurgiões e médicos ligados às Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio em relação à Fisicatura-mor. A lei de setembro daquele ano lhe tirava a prerrogativa de examinar, aprovar e conceder licenças e cartas aos cirurgiões formados pelas Academias, já que estas passaram a poder conceder cartas de cirurgião e de cirurgião formado.<sup>16</sup>

Poucos anos depois de sua extinção, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, onde se concentravam os médicos mais atuantes na organização das instituições médicas, definiu a Fisicatura-mor como um “tribunal monstruoso, tão nocivo a nossa ciência, e aos

---

<sup>13</sup> *Anais da Câmara dos Deputados*, Sessão de 17 de agosto de 1826.

<sup>14</sup> Maço IS 4 1, Ministério do Reino e Império – Provedoria da Saúde (ofícios e documentos diversos), *Arquivo Nacional (AN)*

<sup>15</sup> Regimento que devem observar os Comissários delegados do Físico-mor do Reyno no Estado do Brazil, 1744. Códice 314, *AN*.

<sup>16</sup> Frequentando o curso por mais um ano, o aluno sairia com esse título que lhe permitiria exercitar, igualmente, a cirurgia e a medicina. Lei de 09/09/1826, *Coleção de Leis do Brasil (CLB)*.

interesses da humanidade”.<sup>17</sup> Podemos supor, então, que a falta de apoio de tais médicos pode ter concorrido para o seu fim.

Fim que marca um novo período na relação entre o governo, os médicos acadêmicos e os terapeutas populares. A sua extinção representou a perda do espaço oficial dos curandeiros e do reconhecimento de suas atividades. Os demais terapeutas populares também foram perdendo espaço oficial. Contudo, continuaram praticando como antes, quando a menor parte se oficializava, apesar de haver essa possibilidade.

Ao longo deste capítulo, analisaremos os fatores que contribuíram para a separação oficial entre a medicina acadêmica e as populares. Separação que foi se dando lentamente na prática, como veremos. Além disso, ao estudar as práticas médicas dos Oitocentos, não podemos esquecer que a medicina acadêmica era apenas mais uma das possibilidades de terapia à que a população, ou parte dela, tinha acesso. E nem era a mais popular, como vários trabalhos recentes têm demonstrado.<sup>18</sup> Tampouco tinha todo o poder legal e, muito menos, força para reprimir e monopolizar a arte de curar.

Primeiro, vamos abordar as mudanças legislativas referentes às atividades terapêuticas e, então, como foram postas em prática, influenciadas por autoridades médicas e políticas. Em seguida, analisaremos algumas estratégias dos terapeutas, diante das novas regras, para conquistar os possíveis clientes, usando a imprensa, nesse novo contexto.

---

<sup>17</sup> *Semanário de Saúde Pública*, pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, 09/04/1831.

<sup>18</sup> Por exemplo, Gabriela Sampaio, *Nas trincheiras da cura - as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 1995; Betânia Gonçalves Figueiredo, *A arte de curar - cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*, Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002; Márcio de Sousa Soares, *A doença e a cura - saberes médicos e cultura popular na corte imperial*, dissertação de mestrado, UFF, 1999.

Considerando esse quadro, nos deteremos um pouco mais nos ofícios terapêuticos associados a camadas sociais subalternas. As autoridades e os médicos se relacionaram com cada um de forma distinta. Adotaremos essas categorias – parteira, sangrador e curandeiro –, atentando para o fato de que o significado oficial não era o mesmo percebido por seus praticantes e por boa parte da população. Para esses, as atividades se complementavam num mesmo terapeuta e o seu prestígio não seguia a hierarquia oficial. Além disso, procuraremos enfatizar o papel dos doentes nessas transformações do exercício médico.

As principais fontes desse estudo são a legislação e as atas e registros diversos de instituições (Câmara Municipal, Ministério do Império, Parlamento, Sociedade de Medicina, Faculdade de Medicina, Junta de Higiene) e os artigos e anúncios de alguns periódicos contemporâneos (*Jornal do Commercio, Diário do Rio de Janeiro, Diário de Saúde, Archivo Médico Brasileiro, Semanário de Saúde Pública*).

### **A regulamentação e o exercício das artes de curar entre 1808 e 1850**

Além das diferenças que se construíam entre médicos acadêmicos e terapeutas não autorizados, havia uma grande diversidade por trás do termo terapeutas populares e daqueles específicos à determinada atividade – parteiras, sangradores, curandeiros, curadores. São categorias imprecisas que abrangem vários tipos. Assim, quando as pessoas da época se referiam a curandeiros ou quando falamos, genericamente, em terapeutas populares podem estar incluídos os que baseavam o seu tratamento em crenças religiosas; ou em conhecimentos acadêmicos adquiridos através de meios de divulgação como folhetos, livros e periódicos; ou na experiência com ervas medicinais; ou na mistura dessas características. Existiam diferenças também quanto à dedicação à atividade terapêutica: se

eram exclusivamente terapeutas ou se só o faziam nas horas vagas; se ganhavam a vida dessa forma, ou se praticavam a arte apenas para completar a renda ou por caridade.<sup>19</sup>

É preciso considerar também a existência daqueles que se envolviam nas atividades terapêuticas, sobretudo fabricação e venda de remédios. Muitas vezes, não tinham autorização e podiam estar interessados apenas nos lucros.

Para a Fisicatura-mor, curandeiro era aquele terapeuta com conhecimentos de plantas medicinais nativas que as empregavam para tratar de moléstias típicas de determinadas regiões. Então, os registros dessa instituição dizem respeito a essa definição de curandeiro. Ainda assim, pudemos identificar vários tipos, inclusive os que viam “espíritos diabólicos” como causadores de doenças.<sup>20</sup>

Curandeiros sabiam menos do que os cirurgiões que sabiam menos do que os médicos – era no que acreditavam esses últimos antes e depois de 1828. A diferença residia na valorização do conhecimento dos curandeiros sobre as plantas medicinais nativas e sua aplicação nas moléstias encontradas no país, que representava, ao mesmo tempo, os limites em que tais terapeutas tinham permissão de atuar antes de 1828. Com a organização dos médicos em torno das Faculdades, Sociedade de Medicina e periódicos especializados, observamos a tentativa de monopolizar cada vez mais o discurso médico. Sobretudo, o processo de aprendizado - na academia - e a posição social - mais abastada - eram por si só aspectos de superioridade em relação aos que não se enquadravam nessas características.

---

<sup>19</sup> Sobre a diversidade dos terapeutas não autorizados em outros contextos, ver Matthew Ramsey, *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988; Luz María H. Sáenz, *obra citada*; Timothy Walker, *obra citada*.

<sup>20</sup> Tânia Salgado Pimenta, *Artes de curar – um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 1997, p. 132.

Além disso, garantiam aos médicos o acesso e a formação de uma linguagem cada vez mais exclusiva e uniformizada.

Entretanto, tudo isso não era suficiente para que a população descredenciasse de seus curandeiros. Os processos de licenciamento da Fisicatura-mor guardam testemunhos sobre a confiança da população nos terapeutas populares. Via de regra, quem quisesse curar deveria apresentar atestados a respeito da sua competência e da necessidade de sua presença no lugar onde morava. Pois esses atestados subvertiam explicitamente a lógica dos médicos.

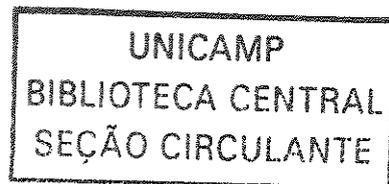
Vários moradores da freguesia de São Gonçalo atestaram, em 1818, que tinham sofrido muitos anos de moléstias desconhecidas dos maiores facultativos da Corte, “com despesas extraordinárias de médicos e boticas sem alcançar o menor alívio”, encontrando-se desenganados. Entretanto, graças aos remédios de José Maria da Silva, foram curados em poucos meses.

O objetivo desses testemunhos era contestar um cirurgião que havia acusado José Maria de curar sem licença, e para isso não hesitaram em acusar o cirurgião de estar denunciando o curador apenas porque ninguém o procurava, já que tinham experiência “das funestas conseqüências que resultam das suas receitas, e curativos”.<sup>21</sup>

Thereza Joanna do Espírito Santo e Quitéria Maria de Santa Anna passaram atestados semelhantes, em 1816, sobre um curandeiro de Inhaúma. Disseram que o pardo Bento Joaquim as curara das enfermidades de que padeciam havia anos e que “os professores desta Corte não se atreveram a curar” e caso fosse preciso, a primeira estaria

---

<sup>21</sup>Fisicatura-mor, caixa 1211, AN.



disposta a nomear os “professores que a assistiram antes do curioso pegar-me a curar (...)”.<sup>22</sup>

Esses relatos exemplificam o modo como boa parte da população devia ver os curandeiros, cujos serviços não eram solicitados apenas por falta de médicos ou cirurgiões, ou porque não podiam pagá-los, como pretendiam esses últimos. Eram requisitados, muitas vezes, por serem mais eficientes, quer fosse para tratar de moléstias leves ou sérias. E, provavelmente, nas décadas que se seguiram ao fim da Fisicatura-mor, o conceito da população a respeito dos curadores não havia mudado, o que ajuda a explicar a frequência dos anúncios de seus serviços nos jornais da Corte.

A constante reclamação dos médicos quanto à ausência de uma polícia médica que reprimisse as práticas de cura sem habilitação indica que os terapeutas populares continuavam a exercer o seu ofício da mesma forma. No tempo da Fisicatura-mor, a maior parte já não se preocupava em oficializar as suas atividades. A partir do momento em que os seus conhecimentos terapêuticos perderam a legitimidade para os médicos, nem mesmo essa preocupação (sobre se oficializar ou não), os curandeiros tinham. Aliás, progressivamente, esse termo foi sendo substituído por charlatão, constituindo mais uma forma de os médicos formados desqualificarem outras práticas de cura.

Um outro aspecto a ser considerado quanto à preferência de parte da população pelos terapeutas populares era como se dava a própria relação entre terapeuta e doente. É importante não esquecer que essa relação se estabelece, em geral, num momento de fragilidade desse último, que recorre a um terapeuta em quem possa confiar. Para tanto, seria necessário que essas pessoas compartilhassem, em alguma medida, de concepções de doença e cura. Podemos, então, imaginar os conflitos gerados numa relação em que médico

---

<sup>22</sup>Fisicatura-mor, caixa 1191, *AN*.

e doente tivessem concepções bem diferentes sobre a etiologia e o tratamento das doenças - o que, relacionando-as aos grupos sociais aos quais pertenceriam, não era difícil de acontecer em meados do século passado.

As práticas de curar dos sangradores e curadores estavam relacionadas às visões cosmológicas dessas pessoas - em sua maior parte africanos e descendentes de africanos -, em que as doenças eram associadas a elementos espirituais.<sup>23</sup> O vasto conhecimento que tinham sobre plantas medicinais, reconhecido pelos médicos acadêmicos, também estava relacionado às suas crenças religiosas.<sup>24</sup> Ainda que os curadores tivessem influências de outras tradições culturais, como as indígenas ou as relativas a setores populares europeus, também nesses casos existia a crença em que as doenças poderiam ser causadas por problemas espirituais.<sup>25</sup>

Os médicos diplomados, por sua vez, estavam cada vez mais afastados dessas concepções e mais envolvidos na luta pelo monopólio da medicina. Essa distância acentuada entre as concepções médicas populares e acadêmica evidencia-se com a grande popularidade, nas décadas de 1840 e 1850, da homeopatia que, como as primeiras, também baseava-se numa visão espiritualizada da doença e da saúde.<sup>26</sup> Ainda assim, os acadêmicos estavam longe de constituírem um grupo homogêneo, mesmo a elite médica, tanto em relação às teorias sobre doença, quanto acerca da relação com os demais ofícios ligados às artes de curar.

---

<sup>23</sup>Robert Slenes, “Malungu, ngoma vem: África coberta e descoberta no Brasil”, *Revista USP*, n.º. 12, 1991-92, p.58.

<sup>24</sup>Robert Thompson, *Flash of the spirit*, Nova Iorque, First Vintage, 1984, pp.103-118.

<sup>25</sup>Maria Beatriz N. da Silva, *Vida privada e quotidiana no Brasil na época de D. Maria e D. João VI*, Lisboa, Estampa, 1993, p. 319.

<sup>26</sup>Ângela Porto, “A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático”, *Papéis avulsos*, n.º.7, Rio de Janeiro, Fundação Casa de Rui Barbosa, dezembro de 1988.

Em 30 de agosto de 1828, foram extintos os cargos de provedor-mor, fisico-mor e cirurgião-mor do Império, passando para as câmaras municipais as funções relativas à inspeção de saúde pública e para as justiças ordinárias os processos findos e em andamento até então sob responsabilidade do juízo da Fisicatura-mor.

Em 14 de novembro de 1828, o Ministério do Império especificava melhor as novas funções designadas às câmaras: inspeção sobre a saúde pública, incluindo os exames e visitas em lojas de comestíveis, boticas e lojas de drogas. Os processos de autorização e de fiscalização do exercício de curar ficaram, de fato, sem instância formal para julgamento.

Apenas em 1830 essa questão volta a ser tratada em meio a outras determinações a respeito da saúde pública que versavam sobre os cemitérios, enterros, venda de gêneros e remédios, hospitais e casas de saúde, e moléstias contagiosas. No prazo de três meses a partir da publicação das posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro:

“Nenhum Facultativo, Boticário, Parteira, ou Sangrador poderá curar, e exercer Sua Arte Dentro do Município sem ter apresentado suas Cartas na Câmara onde ficarão registradas (...): o contraventor será multado” (...).<sup>27</sup>

Assim, apenas quem já tinha a sua carta deveria se dirigir à Câmara para registrá-la. Nesse período, quem já não as possuía estaria exercendo um ofício ilegalmente. Mais que isso: os curandeiros nem eram citados. Portanto, depois de 1828, essa categoria sequer era considerada. Os conhecimentos sobre as plantas nativas já não garantiriam a legitimidade de suas práticas.

---

<sup>27</sup> “Registros de Posturas feitas pela Câmara Municipal” - Seção 1ª, título 2º, par.10º. Códice 49-3-8, *Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ)*.

O fato de terem sido ignorados nessas posturas não deve ter abalado os curandeiros, já que quando havia uma licença para o seu ofício, os que a requisitaram foram muito poucos. Outras categorias, no entanto, estavam um pouco mais ligadas ao processo de legalização de suas atividades, seja por tentar se destacar da concorrência com títulos oficiais, seja por ter aprendido a sua arte com mestre aprovado, passando a achar que tinham que seguir o mesmo trajeto. No entanto, ao argumentar justamente que havia aprendido com “mestre aprovado” e estava estabelecido havia muitos anos com sua loja de barbeiro na rua da Alfândega (centro do Rio de Janeiro) e, por isso, pedia para ser examinado, Antônio José Dutra recebeu como resposta da Câmara “não há lugar”, ou “não compete à Câmara”, em meados de 1832.<sup>28</sup>

Nesses tempos de indefinições, quando não havia uma regulamentação para as atividades terapêuticas, algumas câmaras tinham que recorrer ao Ministério do Império para que este desse um ‘veredicto’ a respeito de casos específicos.<sup>29</sup> A orientação principal era a de que as câmaras não deveriam “dispensar a pessoa alguma dos competentes títulos, e antes pelo contrário deve muito cuidar em que sem eles ninguém cure”.<sup>30</sup>

As mudanças em relação à autorização do exercício das artes de curar eram acompanhadas aos poucos tanto pelos órgãos que deveriam executá-las, quanto pelos próprios terapeutas que deveriam se submeter a elas. Francisco Joaquim dos Santos - que havia pedido licença para sangrar em 1827 - só resolveu que estaria em condições de ser examinado em 1833. A esta altura, porém, a responsável pela legalização de suas atividades era a Câmara Municipal, que não nomeava examinadores para avaliar as pessoas que queriam ser examinadas em alguma arte médica. Se o problema era esse, Francisco

---

<sup>28</sup> Códice 50-1-5, Sangradores e dentistas, *AGCRJ*.

<sup>29</sup> 24 de abril de 1830, *CLB*.

<sup>30</sup> 13 de agosto de 1831, *CLB*.

imaginou, então, que o impasse poderia ser solucionado através da simples prorrogação de sua licença. Contudo, a resposta foi negativa - como foi para os outros que se dirigiram à Câmara por essa época para requerer exame, licença ou carta.<sup>31</sup>

As parteiras também enfrentarem esse problema. Foi o caso de Florinda Maria dos Santos que pediu para a Câmara designar um “Professor Examinador” para que, sendo aprovada, pudesse apresentar uma carta (diploma) aos vereadores. Florinda argumentava que exercia a arte havia mais de dez anos e que, na verdade, tinha obtido uma carta do cirurgião-mor. Porém, explicava que a havia perdido e o seu registro não fora encontrado entre os documentos da Fisicatura-mor pelos funcionários da Câmara. Por isso, pedia para ser submetida aos exames.<sup>32</sup>

A resposta mostrava a falta de definição sobre o assunto: “Requeira a quem compete”. O problema era que não competia a ninguém entre 1828 e 1832. A Câmara até supunha que a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829, fosse a instituição mais indicada para examinar os terapeutas. Porém, esta se esquivou deste papel, talvez por não querer assumir as mesmas funções da tão criticada Fisicatura-mor. Os seus membros argumentavam, em 1831, que questões relacionadas ao ensino e ao exercício da medicina eram estranhas “à esfera que lhe é marcada pelos seus Estatutos”.<sup>33</sup>

Se a Sociedade se abstinha, decerto pelo menos alguns de seus membros que lecionavam na Academia Médico-Cirúrgica estavam envolvidos com o assunto. Em 1831, já estava em curso a discussão do projeto que transformaria a Academia em Faculdade de

---

<sup>31</sup> Códice 50-1-5, Sangradores e dentistas, *AGCRJ*.

<sup>32</sup> Agosto de 1831, códice 47-1-48, Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, 1831, *AGCRJ*. Também não encontrei o registro da carta que a parteira alegava ter recebido em 1820.

<sup>33</sup> 08/07/1831, códice 47-1-48, *AGCRJ*.

Medicina em outubro de 1832.<sup>34</sup> Deste momento em diante, o diploma seria de médico e não mais de cirurgião. Este passou a estar englobado na categoria de médico, criando-se, ao longo dos anos, uma série de mecanismos para nivelá-lo ao segundo.<sup>35</sup>

A lei de 1832 marcou o início do monopólio legal das artes de curar por parte dos médicos. Desenhava-se, então, uma nova forma de se relacionar com os terapeutas populares, bem diferente do tempo da Fisicatura-mor. Algumas categorias passaram a ser desqualificadas e deslegitimizadas, enquanto outras passaram a depender da Faculdade de Medicina. Porém, a legislação deixou brecha para outras instituições de ensino, o que foi motivo de muita discussão por ocasião dos intermináveis conflitos com os homeopatas.<sup>36</sup>

Os alunos da Academia Médico-Cirúrgica e os cirurgiões e médicos estrangeiros foram os únicos a não serem afetados pelas mudanças na regulamentação das atividades terapêuticas, devido à autonomia em relação à Fisicatura-mor adquirida em 1826.<sup>37</sup> No caso dos outros terapeutas, a concessão de novas autorizações ficou praticamente suspensa no intervalo entre o fim da Fisicatura-mor e criação das Faculdades de Medicina.

O fato de uma parte significativa dos terapeutas não ter sido prejudicada com a súbita impossibilidade de se legalizar deve ter contribuído para a demora em se decidir alguma coisa sobre a autorização e fiscalização do exercício de curar. Ademais, a ausência de regulamentação para esses ofícios parece corresponder aos anseios da elite médica por

---

<sup>34</sup> Lycurgo Santos Filho, *História geral da medicina brasileira*, São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991, p.88-9.

<sup>35</sup> O Decreto n.71 de 30/09/1837 autorizava as faculdades de medicina a admitirem os cirurgiões formados a fazerem exame das matérias acessórias a bem de se doutorarem. O decreto de 15/07/1848 extinguiu a distinção hierárquica entre os dois ofícios ao considerar os cirurgiões formados pelas antigas Academias Médico-Cirúrgicas “habilitados para exercitar livremente qualquer dos ramos da Ciência Médica em todo o Brasil”. *CLB*.

<sup>36</sup> Artigo 33 da Lei de 03/10/1832. *CLB*.

<sup>37</sup> Referida na p.15.

mantê-los à margem do reconhecimento oficial. Embora incipiente, podemos observar esse distanciamento entre a medicina acadêmica e as populares, sobretudo, a partir da Reforma Pombalina da Universidade de Coimbra (1772), inspirada em idéias ilustradas.<sup>38</sup> Até meados da década de 1830, todos os médicos diplomados tinham se formado nas universidades da Europa; muitos, em Portugal. Eram influenciados, portanto, por essas “novas diretrizes intelectuais” do ensino médico, em que o estudo e a prática deveriam ser orientados pela razão e experimentos científicos.<sup>39</sup>

Essas mudanças, que valorizavam a formação médica em detrimento do modo como se dava o aprendizado de outros ofícios das artes de curar, complementava-se com outra questão bem mais antiga. Trata-se da separação entre as artes liberais e as artes mecânicas, em que aquelas tinham primazia sobre estas.<sup>40</sup> Tal distinção constituía mais um argumento no processo de afastamento das demais atividades terapêuticas. A medicina acadêmica, caracterizando-se por ser uma arte liberal e científica, buscava se inserir em um outro quadro de saberes e de práticas sobre doença e cura, apartando-se daquele compartilhado por outros terapeutas.<sup>41</sup>

Voltando ao final da década de 1820 e início da de 1830, constatamos que esses anos eram de indefinições quanto às artes de curar. Certamente, o clima de instabilidade

---

<sup>38</sup> Antonio Candido de Mello e Souza, “Letras e idéias no Brasil colonial”, *História Geral da Civilização Brasileira*, t.I, v.2, São Paulo, Difel, 1985.

<sup>39</sup> João Cruz Costa, “As idéias novas”, *História Geral da Civilização Brasileira*, t.II, v.1, São Paulo, Difel, 1982. Sobre essas mudanças na medicina do Setecentos, ver Vera Marques, *Natureza em boiões*, pp. 281-4.

<sup>40</sup> François Lebrun, “Os cirurgiões-barbeiros”, em Jacques Le Goff (org.), *As doenças têm história*, Lisboa, Terramar, s/d.

<sup>41</sup> Ver Vera Marques, *Natureza em boiões*, pp.281-4. Isso não significa que não houvesse saberes e práticas compartilhados entre médicos acadêmicos e terapeutas populares. Essas considerações apenas apontam para o sentido tomado no final do século XVIII do processo de luta pelo monopólio das atividades terapêuticas, analisado aqui entre 1828 e 1855.

política e os conflitos provinciais constantes no período contribuíram para isso. No código criminal do Império, por exemplo, publicado em dezembro de 1830, a única referência aos praticantes das artes de curar era para advertir que se alguma pessoa ajudasse a cometer aborto e fosse “médico, boticário, cirurgião, ou praticante de tais artes”, receberia penas dobradas em relação a quem não fosse.<sup>42</sup> As autoridades poderiam recorrer ao artigo que condenava os que faziam uso de títulos sem os ter, porém, isso enquadrava apenas uma pequena parcela, já que a maior parte dos terapeutas populares não anunciava que tinha título de médico, cirurgião, etc.<sup>43</sup> Nesse período, problemas como insurreições provinciais, temores de revoltas de escravos, insatisfações políticas com o temor do regresso português, conflitos entre o poder executivo e o legislativo – tudo isso deve ter contribuído para a pouca atenção dada à regulamentação do exercício médico.

Com a indefinição sobre a regulamentação, até a minoria dos terapeutas que costumavam seguir a legislação, acabaram por se juntar aos que ignoravam as determinações legais. Incluíam-se aí os terapeutas formados no exterior, como podemos observar no protesto publicado no *Jornal do Commercio* motivado justamente pela omissão da Câmara na organização dos exames. Segundo a carta, ao contrário de “muitos, que aqui se tem estabelecido depois da abolição da Fisicatura, [e que] não tem tido escrúpulo nenhum de procurar o seu modo de vida sem dar satisfação à Câmara”, os que tentassem oficializar as suas atividades seriam ignorados.<sup>44</sup>

Pois, em 1832, foi a vez de os sangradores serem ignorados pela legislação. A lei de três de outubro de 1832 transformava as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio e Bahia

---

<sup>42</sup> Artigos 199 e 200, “Código Criminal do Império do Brasil”, Lei de 16/12/1830, *CLB*.

<sup>43</sup> Artigo 300, “Código Criminal do Império do Brasil”, Lei de 16/12/1830, *CLB*.

<sup>44</sup> 14/07/1830, *Jornal do Commercio (JC)*.

em Faculdades, que concederiam os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e de parteira. Sem isso, ninguém poderia “curar, ter botica, ou partejar”, excetuando-se os “Médicos, Cirurgiões, Boticários, e Parteiras, legalmente autorizados em virtude de Lei anterior”. A partir de então o título de sangrador não seria mais concedido.<sup>45</sup>

Uma outra categoria mereceu mais cuidados por parte dos legisladores: os boticários. Muitos enfrentaram problemas para legalizar as suas atividades, que eram até mais sujeitas à fiscalização, uma vez que trabalhavam em um lugar fixo, na botica.<sup>46</sup> A Câmara argumentava que, ao contrário das atribuições da Provedoria-mor que lhes foram todas passadas, as funções da Fisicatura-mor voltariam a ser desempenhadas como antes da criação do cargo de físico-mor. Ou seja, examinar e passar diplomas eram tarefas do Protomedicato (instituição anterior e semelhante à Fisicatura-mor) ou das Academias.<sup>47</sup> Tentando resolver o impasse em que se encontrava, um boticário sem carta, em fins de 1832, recorreu ao Imperador e este determinou que a Câmara do Rio deveria fazer “examinar por Boticários por ela nomeados os que lhe requererem, dando lhes depois licença para exercerem aquela Profissão como a necessidade exigir”.<sup>48</sup> Para isso, convocava alguns, apelando para o seu patriotismo. Antes disso, apenas alguns eram privilegiados com a possibilidade de exame, de acordo com as determinações da Câmara. Em 1830, por exemplo, os examinadores Juvêncio Pereira Ferreira e Jose Caetano de Barros foram

---

<sup>45</sup> Lei de 03/10/1832, *CLB*.

<sup>46</sup> Códices 40-2-46, Boticas e boticários, requerimentos e papéis; e 40-2-47 – boticas e boticários, requerimentos e papéis diversos sobre o exercício da profissão; *AGCRJ*.

<sup>47</sup> Códice 40-2-47, boticas e boticários, requerimentos e papéis diversos sobre o exercício da profissão; *AGCRJ*.

<sup>48</sup> Determinação do Imperador em resposta ao requerimento de Antônio Ribeiro Moreira que, ao seu pedido para ser examinado, havia recebido a resposta da câmara de que não lhe competia “a nomeação de Examinadores, que conhecessem da suficiência do suplicante em Farmácia”. Códice 40-2-47, Boticas e boticários – requerimentos e papéis, *AGCRJ*.

convocados para fazer parte da comissão examinadora do aspirante Antonio Fernando da Costa.<sup>49</sup>

Entretanto, no começo de 1833, essa nova regra ainda não havia sido assimilada pela Câmara que respondeu ao aspirante a boticário, Francisco Gonçalves de Andrade, que não era de sua competência encaminhá-lo a exame.<sup>50</sup> Em meados de 1835 e de 1836, o governo ainda se via às voltas com decretos que protegiam os boticários que estavam prestes a serem examinados antes da lei de 1832. Os candidatos não precisariam assistir às aulas da Faculdade e os exames versariam sobre as mesmas matérias de antes da referida lei.<sup>51</sup>

Esse ‘privilegio’ concedido aos boticários evidenciava e reforçava a posição de prestígio desse grupo (cuja atividade era complementar e fundamental a dos médicos) frente aos sangradores e curandeiros que não eram mais examinados nem tinham as suas cartas registradas – suas atividades não podiam mais ser legalizadas.

A falta de determinações sobre o exercício de atividades terapêuticas favoreceu respostas variadas por parte das autoridades. Mesmo os curandeiros não sendo sequer citados nas posturas municipais de 1830 e deixando-se claro, em 1832, o monopólio legal dos médicos acadêmicos quanto ao diagnóstico e à prescrição de tratamentos, os terapeutas não autorizados não foram alvo de uma perseguição oficial sistemática.

Seguindo o mesmo raciocínio do discurso da Fisicatura-mor, segundo o qual os terapeutas não acadêmicos até podiam ser oficialmente aceitos onde médicos e cirurgiões

---

<sup>49</sup> 06/07/1830, códices 36-1-33, Ofícios diversos à câmara municipal; e 36-1-34, Ofícios a diversas autoridades - 1831 a 1836; *AGCRJ*.

<sup>50</sup> Códice 46-2-39, Médicos, cirurgiões, farmacêuticos, sangradores, dentistas - registro de diploma, licenças para venda de medicamento (1830-1839), *AGCRJ*.

<sup>51</sup> Decreto de 29 de julho de 1835 e Decreto de 4 de julho de 1836, *CLB*.

diplomados não estivessem em número suficiente, a Câmara do Rio concedeu algumas licenças para os primeiros. Foi o caso de João Nicolau d'Oliveira que “há muitos anos, e com os seus curativos [tem] remediado imensas moléstias, em diversas famílias, e escravatura desta freguesia, tendo por resultado o desejado melhoramento”. De acordo com o fiscal da freguesia de Guaratiba, onde João morava, a proibição de seu exercício traria sofrimento a muitos doentes, já que os poucos cirurgiões que existiam na região moravam longe demais para chegar a tempo em caso de necessidade. Um abaixo-assinado, encabeçado pelo boticário da comunidade, confirmava essa situação. À vista disso, a Câmara concedeu a João, em outubro de 1832, uma licença por um ano.<sup>52</sup>

Em 1831, a Câmara já havia chegado à conclusão de que deveria renovar, por um ano, a licença que José Custódio Teixeira de Magalhães vinha obtendo da Fisicatura-mor desde 1826 para vender o seu remédio que curava o “Vício da Embriaguez”. José apresentou uma lista com os nomes de 75 escravos e seus respectivos proprietários, além de oito libertos e, ainda segundo o suplicante, apenas uma escrava não havia sido curada.<sup>53</sup>

Tais casos de renovação de licença para o exercício terapêutico ou para a venda de remédios sem formação ou aval acadêmico não constituíam a maior parte dos registros. No entanto, essas situações indicam flexibilidade ao tratar das atividades curativas, como de resto em todos os aspectos da sociedade paternalista. Sobretudo, para esta tese, demonstram que nem oficialmente a medicina acadêmica tinha o monopólio das práticas de cura.

É verdade que o Ministério do Império reforçava, com certa frequência, a obrigação da Câmara do Rio de Janeiro de proibir que pessoas não habilitadas curassem.

---

<sup>52</sup> Códice 46-2-39, Médicos, cirurgiões, farmacêuticos, sangradores, dentistas – registro de diplomas – licenças para venda de medicamentos (1830 a 1839), *AGCRJ*.

<sup>53</sup> Caixa 1200 (cx.472, pc.1), Fisicatura-mor, *AN*; códice 50-4-26 – Vício de embriaguez, 1830, *AGCRJ*.

Em ofício de setembro de 1834, o ministro se dirigia aos vereadores da cidade, observando que “pessoas tão ávidas de interesse, como faltas de consciência, sem possuírem os necessários conhecimentos” exerciam os ofícios de médico, cirurgião, boticário e parteira. Preocupado com este “abuso, que a credulidade tem alimentado, e a impunidade estendido”, o ministro pedia que esta tomasse as medidas necessárias para acabar com o problema.<sup>54</sup>

Em resposta, a Câmara explicava que já vinha cumprindo o seu papel e que para facilitar o trabalho dos fiscais, elaboraria uma lista com o nome dos terapeutas que possuíam cartas registradas e pediria ajuda dos juizes de paz e dos inspetores de quarteirão para informarem sobre o exercício ilegal das artes de cura.<sup>55</sup>

Um ano depois, o ministro voltava ao assunto, questionando o fato de muitos médicos, cirurgiões, boticários e parteiras vindos de outros países não se apresentarem à Faculdade de Medicina para validarem os seus diplomas.<sup>56</sup> A Câmara argumentou, mais uma vez, que fazia o que estava a seu alcance e que para ampliar a sua ação dependia da ajuda dos juizes de paz e de seus inspetores de quarteirão.<sup>57</sup>

Em 1837, os vereadores resolveram admitir e chamar a atenção do governo para a dificuldade de responderem por todos os aspectos da saúde pública. Figuravam na legislação como responsabilidades da Câmara, a fiscalização de tavernas, boticas, armazéns, secos e molhados e do exercício das artes de curar. Porém, o que se via no comércio da cidade era a falta geral de observância dessas regras, o que, segundo esses

---

<sup>54</sup> 05/09/1834; código 46-2-38, Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura-mor e outros (1826-37), *AGCRJ*.

<sup>55</sup> 26/09/1834, código 46-2-38, Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura-mor e outros (1826-37), *AGCRJ*.

<sup>56</sup> 27/07/1835, código 46-2-38, Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura-mor e outros (1826-37), *AGCRJ*.

<sup>57</sup> 07/08/1835, código 16-4-30, Ofícios ao executivo e legislativo (1832-1837); *AGCRJ*.

políticos, não seria resolvido através de fiscais ou de diligências de autoridades policiais. Defendiam, então, a criação de uma autoridade e uma legislação próprias para a saúde pública.<sup>58</sup>

Realmente, a Câmara era responsável por uma infinidade de aspectos do dia a dia da cidade. E a julgar pelos relatórios dos fiscais, o exercício médico recebia pouca atenção. Entre os assuntos que mais atraíam a inspeção dos funcionários destacavam-se o nivelamento e padronização de calçadas, ruas, edificações, limpeza das áreas públicas e circulação de animais.<sup>59</sup>

Em 1841, a Câmara conseguiu avançar um pouco na tentativa de controlar as práticas médicas. A seu pedido, os fiscais de cada freguesia, assim como os inspetores de quarteirão e os juizes de paz, enviaram listas com os nomes dos terapeutas, seu ofício (dentista, sangrador, farmacêutico, médico, cirurgião, parteira) e o endereço respectivo.<sup>60</sup>

Com base nessas informações e nos registros dos diplomas de médicos, cirurgiões, sangradores, boticários e parteiras, organizaram uma lista geral na qual constavam 230 nomes.<sup>61</sup> Tendo essa referência, ficava mais fácil identificar algum terapeuta não autorizado. Apesar disso, as repreensões dos fiscais eram motivadas menos por suas rondas periódicas do que pelos anúncios escancarados das folhas da cidade. Diante de infrações explícitas das posturas municipais e da lei de 1832, os vereadores se sentiam obrigados a

---

<sup>58</sup> Maio de 1837, códice 16-4-30, Ofícios ao executivo e legislativo (1832-1837); *AGCRJ*.

<sup>59</sup> Códices 7-3-9, Fiscais, ofícios divididos por freguesias (1829-1879); 9-1-38, Infração de posturas e multas (1828-1839); 9-1-39, Documentos referentes à infração de posturas (1830-1831); 9-1-40, Infração de posturas, Candelária (1830-1849); 9-2-1, Infração de posturas (1842); e 10-3-10, Multas por infração de posturas (1830-1835); *AGCRJ*.

<sup>60</sup> Códices 46-2-40, Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias da Candelária, Santa Rita, Sacramento, São José, Lagoa, Irajá, Jacarepaguá, Guaratiba, Santa Cruz e Ilha de Paquetá (1841); e 46-2-41, Médicos, cirurgiões, boticários e sangradores no 1º distrito da freguesia de Santa Anna (1841), *AGCRJ*.

<sup>61</sup> Códice 46-2-43, Médicos, cirurgiões, sangradores, boticários e parteiras que registraram seus diplomas na secretaria da Câmara Municipal (relação de 1842), *AGCRJ*.

dar alguma satisfação. Em abril de 1842, a Câmara dirigiu um ofício a seus fiscais para que atentassem ao

“abuso com que os mezinheiros, e curadores de tais e tais moléstias, anunciam pelas folhas desta Cidade, a virtude, de tais, e tais remédios, feitos sem outro exame, se não o de seus interesses”.<sup>62</sup>

Além de curar sem autorização, em geral, essas pessoas referiam-se a remédios novos, exclusivos, o que, na verdade, era o que mais atraía a atenção da fiscalização. Eram anúncios semelhantes a esse:

“Nova descoberta. Esta nova descoberta, feita pelo Sr. Antônio Gomes, é um remédio eficaz para curar chagas e impigens novas e antigas, e qual tem provado muito bem, e se pode fazer ver ao público por pessoas que o tem tomado e hoje se acham perfeitas de sua saúde; acha-se em casa do seu autor Sr. Antônio Gomes, na rua dos Barbonos n.76”.<sup>63</sup>

Alguns dias depois, Antônio não se livrou de uma autuação do fiscal da freguesia de São José “por vender ao público remédios sem ter diploma”.<sup>64</sup> Essa não foi a primeira vez que ele anunciava. Em 1840, já divulgava o seu “remédio para olhos”.<sup>65</sup> Até que tentou legalizar as suas atividades, requerendo à Câmara uma licença para tratar especificamente das “moléstias dos olhos”, apresentando dois atestados de que conseguira curar alguns

---

<sup>62</sup> Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*.

<sup>63</sup> 20/04/1842, *JC*.

<sup>64</sup> Em 1842. Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*. Na mesma onda de autuações, o fiscal da freguesia de Santa Rita multou Francisco José Monteiro por ter anunciado que curava opilações, hidropisias e vendia remédio para escorbuto.

<sup>65</sup> 22/12/1840, *JC*.

escravos. A resposta, contudo, veio em um tom inflexível: “não tem lugar a pretensão”.<sup>66</sup> Antônio, então, seguiu com as suas atividades à margem do sistema oficial que não se interessava mais em incluir pessoas com o seu tipo de saber. Possivelmente, tal reconhecimento não lhe fez falta. Tanto que várias décadas depois o curandeiro da rua dos Barbonos foi lembrado numa crônica de Machado de Assis.<sup>67</sup>

Portanto, os médicos estavam longe de ter poder suficiente para impor o monopólio do exercício terapêutico, como supunham os estudos clássicos de Roberto Machado e co-autores e Jurandir Costa. No entanto, isso não quer dizer que não tentassem. De fato, cobravam das autoridades o cumprimento das leis que restringiam o exercício médico. Sobretudo, a elite médica pressionava através da Sociedade, Faculdade e periódicos especializados.

Outra forma de essa elite se manifestar era por dentro das instituições legislativas, como já apontou Roberto Machado. No entanto, a atuação desses médicos políticos e a sua influência nas políticas relativas ao exercício médico e à saúde pública ainda esperam um estudo mais aprofundado.<sup>68</sup>

Observando a publicação de leis e decretos durante o período pesquisado, constatamos que a regulamentação do exercício médico não figurava como uma prioridade nem para os parlamentares, nem para o governo. Por sua vez, a fiscalização das atividades relacionadas às artes de curar não se dava de forma consistente. Como vimos, os esforços

---

<sup>66</sup>Em 1844. Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*.

<sup>67</sup> Ver Sidney Chalhoub, *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996, p.183.

<sup>68</sup> Como o detalhado estudo de Jack Ellis: *The physician-legislators of France – medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

para se colocar em prática as leis restritivas eram pontuais. Às vezes, ocorriam em função da pressão do Ministério do Império que, provavelmente, havia sido cobrado por alguma instituição médica (Faculdade, periódico, Sociedade). Também podia acontecer de o médico atuar diretamente, pois não eram poucos os que possuíam mandatos legislativos. Desse modo, como vereador influenciaria o serviço dos fiscais no sentido de coibir as atividades de terapeutas não autorizados.

Tomemos como exemplo os remédios para tratar o “vício da embriaguez”. Mesmo depois do fim da Fisicatura-mor, uma licença para curar as pessoas que sofriam desse mal foi concedida. E durante boa parte do período estudado, a oferta e a procura por esses medicamentos eram bem evidentes nos anúncios do *Jornal do Commercio*.

Em 1840, um mesmo anúncio se repetiu de janeiro a dezembro:

“Elias Coelho Martins: o autor da descoberta milagrosa para curar bêbados, faz ciente ao respeitável publico que continua a fazer curativos tanto para as bebidas brancas quanto para o vinho (...)”.<sup>69</sup>

Alguns anos mais tarde, Elias dizia ter obtido licença do “Presidente da Escola de Medicina” para o seu “segredo de curar ébrios” e, com isso, se dirigiu aos vereadores a fim de receber autorização para aplicá-lo. No entanto, o vereador responsável pelo parecer era um médico bem cioso das prerrogativas dos terapeutas acadêmicos. Torres Homem,<sup>70</sup> mesmo conhecendo a composição do medicamento, não considerava

---

<sup>69</sup> 26e 27/01/1840; 23/02/1840; 09/03/1840; 01,24 e 25/06/1840; 14/12/1840; *JC*.

<sup>70</sup> Algumas vezes, rubricava apenas Torres. Muito provavelmente trata-se de Joaquim Vicente Torres Homem, que foi professor da faculdade de medicina do Rio de Janeiro e vereador da câmara municipal. Seu irmão Francisco também seguiu a carreira política e era cirurgião.

“prudente que a sua aplicação seja feita por pessoas estranhas a arte de curar; porquanto esse remédio ainda que inocente em certos casos pode ser muito prejudicial as pessoas afetadas de irritações ou inflamações gastro-intestinais; estado este que não pode ser reconhecido e apreciado pelo Suplicante que nenhuma noção tem de Medicina”.<sup>71</sup>

Pouco mais de um mês depois, Elias recorreu da decisão, apelando “para o testemunho de mil e tantas pessoas que tem tomado o remédio, e ainda não constou ter ele estragado a saúde daqueles que o tem tomado”. Além disso, dizia ser um único meio de sustento de sua família. Nada disso, porém, sensibilizou o dr. Torres, que manteve o seu parecer.

Este caso expõe as divergências dentro da medicina acadêmica quanto aos parâmetros para autorização das atividades terapêuticas. Enquanto o diretor da Faculdade, José Martins da Cruz Jobim, considerava inócuo o remédio de Elias, Torres Homem, professor da mesma escola, via na atividade de Elias um perigo em potencial para a saúde pública. Portanto, além da diversidade de sistemas terapêuticos adotados pelos médicos acadêmicos, que vem sendo assinalada pela historiografia mais recente em contraposição à idéia de um grupo coeso e poderoso,<sup>72</sup> observamos posições contrárias dentro da elite médica em relação a um tema fundamental para a corporação e que fazia parte do seu dia a dia.

---

<sup>71</sup> Em 1845. Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*.

<sup>72</sup> Luiz Otávio Ferreira, *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, tese de doutorado, USP, 1996; Flávio Edler, *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*, dissertação de mestrado, USP, 1992.

Comparando os desfechos para os requerimentos de José Custódio e de Elias constatamos também que a resposta favorável ou não ao curador dependia mais do vereador responsável pelo parecer do que de determinações elaboradas e fechadas sobre o assunto. Parece-nos certo que tendo Torres Homem nessa função, os curadores tinham menos chances de serem reconhecidos oficialmente.

Em meados de 1846, o secretário de polícia da corte mandou um ofício à Câmara para que esta o orientasse na execução das posturas municipais, especificamente, a que proibia aos boticários vender remédios sem uma receita de um médico ou cirurgião aprovado, salvo se estes fossem “de natureza inocentíssima”. Vendo “todos os dias anunciados pelos jornais diversos remédios particulares, ou secretos”, o secretário desconfiava que essa situação se opunha às determinações municipais.<sup>73</sup>

Ao responder pela proibição de tais anúncios, Torres Homem, mais uma vez, expôs os seus argumentos na defesa da “inquestionável” necessidade de que os remédios fossem indicados por médicos formados:

“Sendo incontestável que a aplicação de qualquer remédio pode tornar-se de nenhum efeito, ou prejudicial, quando se não tem determinado o diagnóstico da moléstia, e não podendo este ser estabelecido se não por Médicos, claro fica que nenhum remédio deve ser anunciado e nem vendido se não a vista de uma receita de quem está habilitado para curar”.<sup>74</sup>

Contudo, o que parecia óbvio para Torres Homem estava muito distante do cotidiano. As posturas municipais de 1830 já atentavam para a responsabilidade dos

---

<sup>73</sup> Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*.

<sup>74</sup> Códice 46-2-42, Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira, *AGCRJ*.

boticários em vender remédios apenas com receita de terapeutas autorizados e para os vendedores de drogas que não poderiam vender “em doses miúdas substâncias venenosas, e suspeitas, ou remédios ativos, quer sem receita de Professor, quer com ela”.<sup>75</sup> No regulamento de 1810 da Fisicatura-mor, esses remédios “ativos, suspeitosos, perigosos ou venenosos” eram identificados como vomitórios, purgantes, cantaridas, preparações mercuriais, ópio, e suas composições, e outros semelhantes”.<sup>76</sup>

As posturas de 1830 também proibiam que se vendessem “as ditas substâncias em grandes porções [...] a escravos, e pessoas desconhecidas, suspeitas, e que não precisem delas no exercício de sua profissão [...]”.<sup>77</sup> No entanto, os próprios vereadores admitiam uma situação fora de controle em que eram comercializados “gêneros viciados, remédios adulterados, venda franca de drogas venenosas, e a entrega delas a quaisquer pessoas que se apresentam”, além da existência de “curadores sem as legítimas habilitações”. Segundo esses políticos, o baixo valor das multas e os poucos dias de prisão a que estavam sujeitos os infratores não ajudavam a intimidá-los.<sup>78</sup>

Junto a isso, a Câmara municipal enfrentava dificuldades em designar boticários e médicos ou cirurgiões à comissão de visita de estabelecimentos comerciais. Alguns alegavam muitos clientes para tratar, outros diziam enfrentar problemas de saúde, o que complicava mais a já deficiente fiscalização desse comércio.<sup>79</sup>

Analisando os estatutos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1830) e da Academia Imperial de Medicina (1835), percebemos uma discordância entre as prioridades

---

<sup>75</sup> Parágrafo 4º do título 2º da Seção 1ª. Códice 49-3-8, Registros de posturas feitas pela Câmara Municipal, *AGCRJ*.

<sup>76</sup> Alvará 22/10/1810; *CLB*.

<sup>77</sup> Sessão de 04/10/1830; 49-3-8, Registro de posturas feitas pela Câmara Municipal, *AGCRJ*.

<sup>78</sup> Maio de 1837, códice 16-4-30, Ofícios ao executivo e legislativo (1832-1837); *AGCRJ*.

<sup>79</sup> Códice 40-2-49, Boticas e Casas Comestíveis, 1841; *AGCRJ*.

da elite médica e dos terapeutas em geral, incluindo os boticários em ambos os grupos. Enquanto quem podia se eximia da convocação para trabalhar na fiscalização do comércio de remédios e drogas medicinais, os textos fundadores da Sociedade de Medicina, posterior Academia Imperial, evidenciavam a preocupação de seus membros com esse assunto. Os estatutos da Academia, por exemplo, previam que os remédios novos e secretos não poderiam ser expostos ao público sem o seu exame e aprovação, ou da Faculdade de Medicina.<sup>80</sup>

Um dos mais atuantes médicos do período, como fundador da Sociedade de Medicina e redator de periódicos especializados, o dr. Sigaud, apontava, em 1835, para a ausência, no Rio de Janeiro, de inspeção das boticas e da venda de remédios e drogas. A lei de agosto de 1828, que “suprimiu a suprema ditadura do físico-mor do império”, havia devolvido tais atribuições às câmaras municipais. No entanto, essas responsabilidades foram relegadas, enquanto, denunciava Sigaud, o número de boticas crescia progressivamente e os armazéns de remédios simples e compostos se multiplicavam. O autor ainda desafiava:

“Quem poderá dizer quantas pessoas vendem remédios conhecidos, ou secretos, sem saber o que vendem? Que bizarra indústria a de vender a retalho pregos, fechaduras e martelos conjuntamente com salsaparrilha, quina, mercúrio, e outras substâncias de primeira necessidade na prática médica!!”<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Decreto de 15/01/1830, que aprova os estatutos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) e Decreto 08/05/1835, que aprova os estatutos da Academia Imperial de Medicina (AIM).

<sup>81</sup> *Diário de Saúde*, 02/05/1835. “Da visita das boticas, e da venda pública de remédios, e substâncias venenosas”.

A “bizarra indústria” a qual se referia eram as lojas de ferragens que, tradicionalmente, vendiam drogas medicinais, simples e compostas, e desde o fim da Fisicatura-mor atuavam de maneira livre.

O outro lado da expansão da venda de remédios e drogas medicinais era a procura da população por essas mercadorias. Segundo a análise de Sigaud, em outro artigo, esse mercado oferecia, constantemente, novidades que poderiam cair nas graças do público, ávido por soluções definitivas, e proporcionar lucro aos vendedores por um bom tempo.<sup>82</sup>

No final da década seguinte, a falta de controle sobre a comercialização dos remédios continuava a preocupar. Um artigo publicado, em 1848, no *Arquivo Médico Brasileiro* reclamava estarem as províncias e a capital do Império “infectadas de vendedores de remédios secretos”. Em seguida, constatava-se de modo enfático que a lei de 1832 que proibia “aos que não possuem título legal o exercício da arte de curar” era “*letra morta para maior parte das províncias*” (grifo meu).<sup>83</sup>

Segundo o autor,<sup>84</sup> a repressão até poderia “colher alguns delinquentes nas grandes cidades, mas nunca chegará aos que traficam com a arte de curar nos campos, e principalmente nos sertões”. A credulidade pública seria a garantia de continuidade dessa “mercantil especulação”. Nesse aspecto, os médicos estavam unidos em seu discurso que apontava a ingenuidade, ignorância, pobreza e falta de opção como os motivos para a popularidade de terapeutas não autorizados.

---

<sup>82</sup> *Diário de Saúde*, 09/05/1835. “A moda dos remédios e os remédios da moda”. Este artigo foi analisado por Luiz Otávio Ferreira, *obra citada*.

<sup>83</sup> *Arquivo Médico Brasileiro*, agosto de 1848. “Dos remédios secretos”.

<sup>84</sup> O editor do periódico era Ludgero da Rocha Ferreira Lapa, bibliotecário da faculdade de medicina da Rio de Janeiro entre 1844 e 1854.

Outro ponto que se destacava no *Arquivo Médico* por ser recorrente entre os médicos era a posição diferenciada em relação a alguns tipos de terapeutas. Os adeptos do sistema de Hahnemann eram considerados pelos médicos alopatas seus competidores diretos. E quando disputavam a mesma clientela, estes tendiam a taxar qualquer um de charlatão.

Agora, se fosse o caso de assistir a pessoas de lugares distantes dos centros urbanos, onde não havia terapeutas autorizados, o tom do discurso era bem diferente: “A necessidade nas províncias remotas torna em médicos uma multidão de indivíduos dotados de alguma inteligência, e que desejam ser úteis aos seus semelhantes”. Nesse perfil se enquadravam curiosos e curandeiros. Os fazendeiros representavam a maior parte dos primeiros, que teriam muito gosto pelos remédios secretos.<sup>85</sup> Os curandeiros, por sua vez, prefeririam os “vegetais do país” e até poderiam, segundo o autor, “ser algumas vezes de útil socorro com as suas consuetudinárias aplicações”.

O problema, para os médicos oficializados, era que os terapeutas não autorizados não se limitavam a lugares distantes aonde médicos e cirurgiões não chegavam ou iam muito raramente. Tampouco sua clientela se restringia a pessoas pobres, sem condições de pagar um facultativo. Na verdade, eles estavam bem perto, oferecendo seus serviços diariamente nos jornais da cidade.

A extinção da Fisicatura-mor marca a progressiva perda de espaço dos terapeutas populares para se oficializarem e o fim das licenças para curandeiros, o que significa, para

---

<sup>85</sup> Manuais médicos para leigos iam ao encontro dessa demanda, como o *Manual do Fazendeiro, ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros, generalizado às necessidades médicas de todas as classes*, em dois volumes escritos pelo Dr. J. B. A. Imbert; *Formulário e guia médico* e *Dicionário de medicina popular* de Pedro L. N. Chernoviz. Ver capítulo 3.

os historiadores, menos uma fonte seriada sobre esses ofícios. A despeito disso, encontramos registros de suas atividades nas sessões de anúncios dos jornais contemporâneos. Embora os dados sejam mais dispersos e se limitem apenas aos que publicaram propagandas, evidenciam a diversidade de tipos de terapeutas. Alguns anunciavam a cura de determinada moléstia, outros listavam várias enfermidades que poderiam curar. Havia os que divulgavam remédios caseiros, outros vendiam medicamentos em meio a toda sorte de mercadorias. As boticas também figuravam como grandes anunciantes dos remédios mais em voga.

Além da mudança na situação legal dos terapeutas denominados curandeiros, devemos considerar as transformações no dia a dia de seu ofício. Antes, a maior parte não se oficializava, provavelmente, porque não se sentia coagida a isso e não precisava de aprovação oficial para ser reconhecida pela comunidade onde atuava. Com o rápido crescimento da cidade, em decorrência da emigração de outras províncias e do exterior,<sup>86</sup> a relação de muitos terapeutas com a população se alterou. Alguns recém-chegados, entre os que imigravam para o Rio de Janeiro, procuravam se inserir na sociedade. Outros viram seu prestígio e fama se diluir entre o crescente número de moradores.<sup>87</sup>

A multiplicação de periódicos pela cidade fez com que muitos desses terapeutas enxergassem nos anúncios uma forma de se fazer conhecer, de divulgar os seus negócios. A sessão de “notícias particulares” do *Jornal do Commercio* nos fornece vários exemplos que

---

<sup>86</sup> Os números, segundo Mary Karasch, *obra citada*, (pp.109-112): em 1799, 43376 habitantes; em 1821, 86323; em 1838, 97162; 1849, 205906.

<sup>87</sup> Considerando apenas as freguesias urbanas e excluindo os escravos, Edmundo Coelho chegou à razão de 15 médicos por 10000 habitantes, entre 1838 (dados sobre a população) e 1844 (dados sobre os médicos). Essa relação seria responsável pelo acirramento da competição entre os esculápios. As profissões imperiais – medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930), Rio de Janeiro, Record, 1999, p.73. Também é preciso não perder de vista que nem todos os habitantes estavam dispostos a serem tratados por médicos acadêmicos.

se assemelham por enfatizarem a cura de uma ou várias moléstias sem se deterem muito no remédio ou no tipo de curativo que seria aplicado:

“Na rua do Costa n. 57, há uma pessoa que cura feridas chamadas Formigueiros ainda que sejam muito Velhos, quem se quiser utilizar do curativo, pode dirigir-se ao n. acima mencionado, de manhã até as 9 horas, e de tarde até as 4.”<sup>88</sup>

“Cura-se dores, zunidos e surdez antiga de ouvidos, ainda que tenha anos, também asma, defluxo asmático, solitária, hemorróidas, erisipelas, e escravos viciosos de comer barro ou terra, ainda que já estejam opilados; assim como os viciosos de bebida: quem quiser utilizar-se dos préstimos acima dirija-se a Rua do Parto, 93 (...)”<sup>89</sup>

Alguns, como os citados acima, nos fazem crer que a repressão não atuava de modo tão rígido, já que forneciam os seus endereços de “mão beijada”. No entanto, às vezes, a comunicação entre as partes interessadas se dava de modo mais cuidadoso e elaborado. O curador anunciava os seus serviços e pedia que o interessado anunciasse para ser procurado. Nem sempre o veículo usado era o mesmo periódico. Não era raro anunciar no *Diário do Rio de Janeiro* e encontrar alguma resposta no *Jornal do Commercio*, por exemplo.

Em meados da década de 1850, muitos terapeutas não oficializados tinham mais cuidado e não se identificavam tão claramente. Ao mesmo tempo em que procuravam

---

<sup>88</sup> 18/01/1831, *JC*.

<sup>89</sup> 7 e 29/01/1840, *JC*.

divulgar os seus serviços, tentavam preservar suas identidades tanto quanto fosse possível. Esse comportamento deve estar associado ao esforço da Junta de Higiene em cuidar do monopólio da atividade médica.

“CURA-SE radicalmente reumatismo com remédios muito eficazes, e em pouco tempo, deixe a sua morada em carta fechada neste escritório com as iniciais M. P.”<sup>90</sup>

Porém, nos meses de pico da epidemia de cólera, de 1855, os curadores e os vendedores de remédios não autorizados dispensaram esse modo mais cauteloso de se relacionar com os clientes. Certamente, os problemas trazidos pela epidemia desviaram a atenção da Junta, que havia sido criada em 1850, substituindo a autoridade das câmaras municipais quanto às questões de “salubridade pública”.<sup>91</sup>

Sendo constituída por médicos, a Junta representava mais poder para administrar o exercício de sua profissão. O seu regulamento reservava um capítulo para dispor sobre a autorização de se praticar um dos ofícios pertencentes à arte de curar: médico, cirurgião, boticário, dentista e parteira.

Assim como o regimento de 1810, da Fisicatura-mor, o da Junta também se ocupava de alguns procedimentos básicos que os médicos diplomados deveriam observar. Algumas das regras às quais estavam sujeitos eram: não preparar, nem vender remédios ou drogas; não ter sociedade ou contrato com boticário ou droguista; não impor aos doentes a condição de comprar remédios em determinada botica; escrever as receitas em português;

---

<sup>90</sup> 04/07/1855, *JC*.

<sup>91</sup> Em 12/02/1850, em meio à epidemia de febre amarela, foi criada a Comissão Central de Saúde Pública. Em 14 de setembro do mesmo ano, a Comissão foi substituída pela Junta de Higiene Pública, que passou a ser chamada Junta Central de Higiene Pública a partir da publicação de seu regulamento em 29 de setembro de 1851. *CLB*.

escrever o modo como usar o medicamento; e escrever o nome do dono da casa ou, se não houvesse inconveniente, o da pessoa a quem era destinado.

Os estatutos da Academia Imperial de Medicina também se preocupavam com as condutas que deveriam distinguir os médicos oficiais e ajudá-los a constituir uma corporação. Seriam banidos da Academia, os membros que “descerem da sua dignidade, passando atestações falsas, ou que fornecerem substâncias, que ocasionem aborto, ou derem conselho para tal fim, e os que tiverem uma conduta inteiramente depravada, ou imoral”.<sup>92</sup>

Não estava escrito nos estatutos da Academia Imperial de Medicina e nos da Faculdade de Medicina, assim como também não era mencionada no regulamento da Junta qualquer recomendação quanto ao tipo de anúncio que um terapeuta oficial poderia fazer. Havia os mais elaborados (discorrendo sobre a formação acadêmica e relações com nomes famosos), outros mais simples (apenas com o nome e o endereço do terapeuta) e ainda os mais apelativos (prometendo curas milagrosas).

Embora não seja possível identificar os modelos adotados por cada grupo de terapeutas, podemos esboçar algumas diferenciações e tentar explicá-las.

“O doutor Joaquim Vicente Torres Homem mora atualmente na Rua do Carmo, 68.”<sup>93</sup>

O exemplo acima, pinçado entre os anúncios publicados em 1840 no *Jornal do Commercio*, diz respeito a um representante da elite médica. Torres Homem era professor da Faculdade e membro da Academia Imperial de Medicina. Era como se não precisasse

---

<sup>92</sup> Art.26, decreto de 08/05/1835, *CLB*.

<sup>93</sup> 16/02/1840, *JC*.

convencer o leitor de sua competência. Outros, apesar de ainda não serem tão conhecidos na época, seguiam com a mesma discricção como José Maria Feital e Antonio Félix Martins. Sem destoar dessa linha, alguns buscavam dar credibilidade aos seus nomes citando o lugar onde haviam se formado.

“Somos rogados a anunciar ao Público, que o Sr. Francisco Júlio Xavier, Doutor em Medicina pela Universidade de Paris, e Cirurgião pela Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, e que há pouco chegou de França, se propõe a prestar n’esta Capital, seus serviços Médicos a todos os que o procurarem para o dito fim; dando consultas gratuitas às pessoas destituídas de meios, a quem outrossim se compromete visitar nas suas casas, uma vez que as moléstias o exijam. A sua residência é na rua dos Ourives n. 70, onde será encontrado a toda a hora do dia.”<sup>94</sup>

O anúncio do dr. Francisco apresenta uma característica bem comum, nesse período, entre os médicos e cirurgiões: a assistência gratuita aos pobres. Contudo, à medida que a década de 1840 avançava, o atendimento de graça e a doação de remédios a quem não tivesse condições de pagar, embora não acabassem, foram identificados cada vez mais com os homeopatas, como veremos adiante. A julgar pelas propagandas, os alopatas passaram a priorizar o atendimento aos pobres nas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia (quando trabalhavam lá) e na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro que reservava um horário para que seus membros se revezassem nesse serviço.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> 04/01/1832, *JC*. Em 1833, Francisco passou a fazer parte do quadro docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

<sup>95</sup> Estava prevista nos estatutos da Sociedade de Medicina, uma “comissão de consultas gratuitas” (título V, art.1º). Decreto de 15/01/1830, *CLB*.

Essa oferta não deixava de ser uma forma de construir uma boa imagem junto ao público. Existiam, porém, outros modos de seduzir um possível cliente. Dentre os artifícios encontrados em propagandas muito diferentes das exemplificadas acima, podemos listar: compromisso de devolver o dinheiro, caso não fosse obtida a cura prometida; promessa de sigilo absoluto (o que era valioso para doenças socialmente condenadas, como o alcoolismo e as moléstias venéreas); e aviso de que estariam por pouco tempo na cidade e, por isso, os interessados não deveriam demorar em procurar o anunciante. Foi o que identificamos no anúncio de um terapeuta que dizia ter sido o seu remédio examinado pela Academia:

“Proprietário da *descoberta milagrosa* para curar bêbados, faz ciente, a esta Corte, e *pretende demorar-se o tempo que lhe for mister para arranjos de seus negócios*: portanto propõe-se a fazer seus curativos pelo preço de 8\$ rs. em papel, sendo escravo, e com a *condição de restituir esta mesma quantia não fazendo o remédio o efeito desejado*, e para isso se obrigará por um recibo, e sendo pessoa livre ficará a seu arbítrio o reconhecimento, e *o fará em sua casa com todo o segredo e caridade*”<sup>96</sup> [grifos meus].

No mesmo ano, foi publicado um reclame de um terapeuta oficial muito semelhante quanto aos recursos empregados no discurso. Como se trata de um cirurgião francês recém-chegado, a ligação com um morador da cidade de certa posição social, que era também um testemunho de sua competência, deve ter sido bastante útil.

“CHEGOU a esta Capital o muito conhecido doutor Carlos Louiquy, que *operou de catarata Ilmo. José Luiz Coelho, farmacêutico, rua do Sacramento. [...]. Se entre as pessoas que por ele foram tratadas do*

---

<sup>96</sup> 07/01/1837, JC.

*estreitamento [do canal da uretra] algumas houvesse em que os mesmos se tivessem renovado, o que não seria de admirar, são autorizadas a se apresentar para serem tratadas gratuitamente. Este doutor incumbe-se de todos os vícios de conformação das mãos, braços, pés, pernas até coluna vertebral. (Cura gaguejamento em 40 dias, sem que isso sejam precisos medicamentos). [...]. Os papos, os testículos em estado de sarcocelia, os tumores das glândulas mamárias reputadas cancerosas, os tumores frios, escrófulas ou linfáticas, cedem, como por encanto, a meios terapêuticos devidos à incansável solicitude do dito doutor Carlos, o qual trata de todas as moléstias em geral. Não poderá se demorar mais de seis meses nesta Corte, querendo no fim deste tempo dirigir-se à província do Rio Grande do Sul. Rua da Misericórdia n.84, primeiro andar.” [grifo meu]*<sup>97</sup>

Essas são algumas das características de um anúncio de charlatão, segundo a definição de Roy Porter. De acordo com o autor, quer fossem honestos e/ou competentes, quer não fossem, o que os distinguia era o exercício de “sua prática principalmente no mercado aberto, tratando uma clientela anônima de pacientes por meio da venda de panacéias, e que tornavam conhecidos seus serviços, seu saber médico e a si mesmos por meio de publicidade”.<sup>98</sup>

Apesar de todas as considerações de Porter, utilizar o termo charlatão como uma categoria analítica não ajuda a esclarecer algumas questões, como as semelhanças e as diferenças entre muitos médicos oficializados e terapeutas não autorizados e – tão

---

<sup>97</sup> 22/03/1837, JC.

<sup>98</sup> Roy Porter, “A linguagem do charlatanismo na Inglaterra, 1660-1800”, em Peter Burke e Roy Porter (orgs.), *História social da linguagem*, São Paulo, Editora Unesp, 1997, p.90.

importante quanto – a diversidade entre os próprios médicos e entre os próprios terapeutas populares. Portanto, consideramos o termo charlatão apenas uma categoria adotada por alguns médicos acadêmicos contemporâneos como forma de denegrir a imagem de seus concorrentes. Além disso, a forte carga pejorativa da palavra prejudica outra forma de utilização.

Boa parte da sessão de anúncios era ocupada por propagandas de medicamentos. Nesse período, eram elaborados a partir do sistema terapêutico hipocrático-galênico, cujo objetivo era manter ou restaurar o equilíbrio entre os humores do organismo – concepção que estimulava a multiplicação de panacéias e elixires. Remédios como “pós anti-biliosos e purgativos”, que buscavam “dar uma atividade regular as funções digestivas, e desembaraçar o corpo dos humores nocivos, cujo calor do clima favorece o desenvolvimento”, eram bem populares na época. Ao lado dos que poderíamos classificar ‘de ampla atuação’, havia muitos anúncios de medicamentos específicos como: “elixir antiescorbútico”, “gotas odontálgicas” para dores de dente, “pós antiverminosos (crianças brancas e escravatura)” e “pós anti-bobáticos” “para pronta cura dos bobentos”. Para convencer o leitor a comprá-lo, o anunciante podia se alongar nas explicações de como tratar das:

“moléstias crônicas do abdômen, tão freqüentes nesta terra, como sejam as moléstias crônicas do estômago, de fígado, e em geral nas afecções crônicas dos órgãos do aparelho digestivo. Este remédio acelera a precipitação da biliar por meio da evacuação: excita o apetite, e facilita a digestão”.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> 09/01/1835, *JC*.

Outros anúncios deixavam as informações mais detalhadas – sobre as indicações, modo de aplicar e dietas a seguir – para serem dadas em folhetos grátis que acompanhavam o medicamento:

“Vende-se em casa de J. J. DodsWorth rua da Alfândega n. 38 [...] Pós *Basilic* para curar quase toda a qualidade de enfermidades a que as crianças estão sujeitas com as instruções, que se devem usar e aplicar às diferentes idades e uma explicação clara e importante relativa à dieta com que devem ser tratadas.”<sup>100</sup>

Essas orientações não deixavam de incentivar a automedicação, chamando a atenção dos médicos. A Sociedade de Medicina, em 1835, anunciava, entre os assuntos a serem tratados em sua reunião, a discussão sobre “o vomitório e o purgante drástico chamado de Leroy” e “a opinião favorável” que este recebia pelo “vulgo”. Discussão que seria permeada, é claro, pela tentativa de se alertar o povo para o quanto esse tipo de remédio poderia ser perigoso ao ser administrado por “pessoas estranhas à medicina”.<sup>101</sup>

Alerta difícil de ser considerado pela população diante das dezenas de propagandas de remédios publicadas diariamente nas folhas da cidade, o que nos dá uma idéia da intensidade desse comércio. Ao longo da primeira metade dos Oitocentos, esses anúncios aumentaram em quantidade e tamanho (alguns ocupavam uma página inteira) e ganharam ilustrações. Muitos reclames confiavam na popularidade desse tipo de remédio, que vinha se disseminando desde o século anterior e contrastava com os tradicionais medicamentos preparados por encomenda para uma desordem específica de determinada

---

<sup>100</sup> 23/11/1832, *JC*.

<sup>101</sup> 21/03/1835, *JC*.

pessoa (magistrais) e mesmo com os remédios mais gerais, baseados na farmacopéia adotada (oficinais).<sup>102</sup> Assim, freqüentemente, apenas listavam os que estavam disponíveis em seus depósitos, ressaltando serem “de patente, os quais são afeiçoados verdadeiros” ou legítimos.<sup>103</sup>

O interessado, certamente, poderia encontrar esses produtos nas lojas do largo do Paço, da rua da Alfândega, da Ajuda, Candelária, da Prainha (Acre), da Quitanda, da Vala (hoje Uruguaiana), das Violas, de São Pedro, Detrás do Hospício, Direita (Primeiro de Março), do Ouvidor, do Sabão, dos Ourives, Larga de São Joaquim. Como a população da cidade, durante a primeira metade do século XIX, as boticas e as lojas que vendiam remédios (“loja de ferragens”, “loja de drogas”, “armazém de charutos”) também estavam concentradas nas freguesias de Santa Rita, Candelária, São José, Sacramento e Santana. A propósito, aquele remédio Leroy, cuja venda livre havia gerado tanta controvérsia entre os médicos acadêmicos, podia ser facilmente encontrado “em todos os graus” em lugares como o “armarinho do Sr. Timóteo”, conforme um anúncio de 1849.<sup>104</sup>

Com tantas propagandas disputando a atenção do leitor o anunciante precisava de algo que convencesse um possível consumidor da seriedade de seu produto. E como fazer isso? Havia duas formas mais comuns. A primeira, mais utilizada, consistia na publicação de agradecimentos ou relatos de pessoas que haviam sido curadas pelo anunciante:

“Eu abaixo assinado, morador na Jurujuba, declaro que padecendo há mais de sete anos de erisipelas nas pernas, as quais me davam muito amíude procurei muitos modos de me curar, e todos sem proveito. Ensinaaram-me um

---

<sup>102</sup> Ver Vera Marques, *obra citada* - sobretudo, caps. 3 e 4; Matthew Ramsey, “Property rights and the right to health: the regulation of secret remedies in France, 1789-1815” em W. F. Bynum e Roy Porter (eds.), *Medical fringe & medical orthodoxy, 1750-1850*, Londres, Croom Helm, 1987.

<sup>103</sup> 27/05/1836, *JC*.

<sup>104</sup> 18/12/1849, *JC*.

banho vegetal, e um bálsamo divino que se vende na travessa do Guindaste, casa nova sem número, e com o dito banho e bálsamo fiquei bom, e perfeitamente curado [...].”<sup>105</sup>

Essa tática não recebia um controle efetivo e nada impedia que se inventasse um testemunho. Ou que se formasse um imbróglio, comum quando um doente procurava mais de um médico para tratá-lo e depois não se chegava à conclusão de quem o matou ou curou. Foi isso o que aconteceu quando o dr. Peixoto publicou uma lista das operações bem sucedidas que havia realizado entre outubro de 1837 e outubro de 1840. No entender de um doente que fora incluído na relação, a sua cura se devia ao dr. Antonio Costa Jr. A partir daí, houve réplicas, trélicas e o dr. Antonio entrou na discussão, dando novo gás ao debate. Arregimentando alguns colegas, o dr. Peixoto conseguiu publicar um abaixo-assinado de médicos que não recomendavam o uso de sonda elétrica para curar fistulas como fazia o dr. Antonio. Mais alguns dias de bate-boca pelo jornal e a discussão acabou morrendo.<sup>106</sup>

Apesar do risco de afastar os clientes diante de tanta divergência entre os próprios representantes da medicina oficial, a publicação de depoimentos laudatórios persistiu. Junto com ela, outra forma de atrair o público era conferir credibilidade associando o produto a um nome de médico reconhecido ou a uma instituição médica. Foi o que fizeram os vendedores da “salsaparrilha de Sands”, em cuja propaganda anexaram um atestado do dr. Paula Cândido. Em sua declaração, datada em novembro de 1848, o professor da Faculdade de medicina e futuro presidente da Junta de Higiene afirmava que a aplicação do

---

<sup>105</sup> 26/11/1849, *JC*.

<sup>106</sup> 12 a 24/10/1840, *JC*.

medicamento em sua clínica estava sendo “mui vantajosa para as afecções reumáticas e sífilíticas”.<sup>107</sup>

### **O controle sobre os terapeutas com a criação da Junta de Higiene (1850)**

Quando o mercado de remédios passou a ser regulamentado e fiscalizado pela Junta de Higiene, os que fossem de “composição desconhecida” tinham de ser analisados por seus membros. Portanto, a princípio, todos os medicamentos desta categoria anunciados e postos à venda deveriam estar aprovados pelas autoridades competentes. Como muitas vezes esse comércio se fazia alheio às determinações oficiais, a aprovação da Junta podia ser usada, por uns e por outros, para valorizar o produto. Podia até ser incrementada, comprometendo a reputação desse órgão.

Era esse o receio do dr. Pereira Rego ao ver estampada numa página inteira a propaganda do “bálsamo infalível contra as feridas” e “xarope de saúde de Arrault”, na qual se afirmava terem sido aprovados pela Junta e a sua venda autorizada pelo governo.<sup>108</sup> Um remédio de segredo (os nomes e a propaganda não faziam nenhuma alusão aos ingredientes da fórmula) novo no mercado com aprovação da Junta indicava que além de ser eficaz, tinha alguma diferença em relação aos demais. Portanto, ajudava a atrair consumidores.

E para Bernardino de Souza Pinto, esses medicamentos eram, de fato, remédios de segredo, já que havia desembolsado certa quantia para comprar a fórmula do químico francês Arrault e ter o direito exclusivo de vendê-los no Brasil. Uma lista das moléstias nas quais o xarope atuava nos dá idéia da panacéia: moléstias venéreas, escorbuto, reumatismo,

---

<sup>107</sup> 01/01/1849, *JC*. Outro exemplo, na transcrição da propaganda do remédio para embriaguez de Elias Coelho Martins, de 1840, na p.26.

<sup>108</sup> 22/04/1855, *JC*.

escrófulas, boubas, papeira, leucorréia, supressão do menstruo, gota, sarna, elefantíase dos membros inferiores.

Para o dr. Pereira Rego, no entanto, tanto o xarope quanto o bálsamo não podiam ser enquadrados na categoria de “remédio de segredo”. Por quê? Simplesmente porque os dois produtos:

“vem aumentar ainda mais a lista já não pequena daqueles em que o charlatanismo especula constantemente entre nós em detrimento e prejuízo daquelas pessoas que deles se utilizam. O bálsamo não oferece novidade alguma em sua composição: consiste apenas em uma dissolução alcoólica concentrada de *várias matérias resinosas muito conhecidas, mesmo pelo vulgo, como úteis ao tratamento das feridas,*<sup>109</sup> das quais cada uma de per si pode determinar idêntico efeito com muito menos dispêndio para os pacientes, efeito que ainda pode ser obtido, com tanta ou mais certeza e menos inconvenientes, por meios muito mais simples. O mesmo direi do tal Xarope de saúde que, a guiar-nos pelo folheto que acompanha a sua remessa, cura quase todas as moléstias de fundo específico. Sua composição em nada difere da de outros muitos, cujas fórmulas se acham publicadas em todas as farmacopéias e formulários modernos” [...]. [grifo meu].

Na opinião do médico, os remédios poderiam até ser vendidos com a condição de se publicarem as fórmulas. A partir daí, criou-se um impasse. Bernardino não admitia perder o seu investimento e, apesar das determinações da Junta e do Ministério do Império, continuou anunciando o seu xarope e o seu bálsamo sem revelar a composição.

---

<sup>109</sup> Indica-se, aqui, o uso de substâncias comuns ao arsenal terapêutico acadêmico e popular.

Esse tipo de problema não se resolvia rapidamente. Entre pareceres da Junta, avisos do Ministério e requerimentos de Bernardino, passaram-se, pelo menos, um ano e meio – o que desgastava a imagem do órgão que, no fim das contas, não conseguia fazer valer a sua decisão.<sup>110</sup>

O caso do “xarope de saúde” e do “bálsamo infalível” nos interessa não só por mostrar a dificuldade das autoridades responsáveis pela saúde pública em tornar efetivas as suas determinações, que perdiam força ao longo dos trâmites burocráticos – o que indica que essas autoridades não eram completamente reconhecidas mesmo por setores da sociedade que buscavam a oficialização. Acompanhando o ‘enrolar’ desse processo, identificamos divergências entre os seus membros que também contribuíram para a sua demora. Diferentemente dos pareceres finais, assinados por todos e que dão uma idéia equivocada de consenso, as atas tornam visíveis os conflitos formados entre os médicos à medida que apareciam novas situações, como as epidemias de febre amarela e cólera.<sup>111</sup>

Analisando a questão por dentro da Junta, vemos o presidente, o dr. Paula Cândido, se correspondendo individualmente com o Ministério do Império, dando opinião diversa dos outros membros<sup>112</sup> e o inspetor geral do Instituto Vacínico, dr. Reis, discordar do dr. Pereira Rego, pedindo constantes adiamentos para as votações de seus pareceres. Os próprios registros não são claros quanto à posição dos membros em cada sessão. Sabemos, contudo, que o dr. Reis desenvolveu o argumento de que se um indivíduo que tivesse descoberto e/ou “empatado capitais” numa fórmula vantajosa para a humanidade, fosse obrigado a publicá-la, este seria “justamente o que menos, ou nenhum proveito” colheria.

---

<sup>110</sup> 17 e 24/01/1854; 07/03/1854; 11/07/1854; 18/10/1854; 13/12/1854 (código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*); 30/05/1855; 06, 13 e 20/06/1855; 04/07/1855 (código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*).

<sup>111</sup> Capítulo 3.

<sup>112</sup> 20/06/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

Principalmente, não sendo boticário, pois seria preterido em relação a esses. Conseguiu, então, convencer o restante de que

“seria mais justo suprimir-se a obrigação da publicação da receita, e substituí-la pela Concessão por um prazo (maior ou menor, segundo a importância do medicamento) durante o qual seu autor, ou introdutor possa vendê-lo, sem privilégio algum ficando a cargo da Junta a publicação da receita, logo que expire o prazo concedido”.<sup>113</sup>

Esse aspecto, no entanto, não comoveu o dr. Pereira Rego que via urgência na publicação do parecer sobre os medicamentos para tentar recuperar a imagem da Junta frente a população. Admitindo “que outros remédios eram vendidos, não obstante não serem por ela aprovados, deliberou, para não fazer uma exceção odiosa, publicar sucessivamente todos os pareceres a respeito dos diversos remédios submetidos ao seu exame”<sup>114</sup> – determinação suspensa pouco depois.

O dr. Pereira Rego concluiu com a constatação:

“No ponto a que as coisas têm chegado, o crédito da Junta de Higiene achase grandemente comprometido para com o público e os homens de ciência, comprometimento que pode acarretar, no futuro complicações mais sérias enfraquecendo-lhe a sua força moral. A Junta [...] não faz senão pugnar pela sustentação de seu crédito e de sua dignidade, e outro meio não encontra de sair desta posição embaraçosa e pouco decorosa, senão o de desmentir

---

<sup>113</sup> 20/06/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRI*.

<sup>114</sup> Ver 22/06/1855, *JC*.

aqueles anúncios com a publicação do parecer por ela aprovado a respeito da utilidade e usos dos remédios supramencionados.”<sup>115</sup>

Mais uma vez, a discussão sobre as palavras de Pereira Rego foi adiada por requerimento de Reis – e até março de 1856, pelo menos, a Junta não voltou a registrar outras discussões sobre o assunto.

No caso de Bernardino, vimos que os membros da Junta reconheciam o direito de pessoas não acadêmicas continuarem a trabalhar com a fabricação e a venda de medicamentos, conforme a intervenção do dr. Reis. Desse modo, algumas pessoas que, no tempo da Fisicatura-mor, se enquadrariam como curandeiras ou curadoras de determinadas moléstias, provavelmente, devem ter percebido uma brecha para atuarem legalmente e lucrarem, na regulamentação da venda de remédios. Assim, venderiam os remédios que usavam na sua prática terapêutica. E, caso não conseguissem passar pelo crivo das autoridades, não se sentiam intimidadas e publicavam mesmo assim.

Muitos dos remédios que deveriam ser submetidos à análise dos médicos vinham da França, como os famosos robe Laffecteur anti-sifilítico e o purgativo e vômito-purgativo Leroy. As autoridades médicas francesas encontravam grande dificuldade em controlar a venda e a publicidade de medicamentos, durante os séculos XVIII e XIX. No Brasil, a situação também era preocupante, do ponto de vista dos médicos, e apenas com a Junta de Higiene, a partir de meados do século XIX, houve uma fiscalização mais intensa.<sup>116</sup> A

---

<sup>115</sup> 11/07/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>116</sup> Matthew Ramsey, “Traditional medicine and medical Enlightenment: the regulation of secret remedies in the Ancien Régime”, em Jean-Pierre Goubert (ed.), *La Médicalisation de la société française, 1770-1830*, Ontario, Historical Reflections Press, 1982; e “Academic medicine and

Academia e a Faculdade tinham funções meramente consultivas e a Câmara Municipal, responsável pela fiscalização e punição, tinha dezenas de outros assuntos para se preocupar. A Junta, por sua vez, agregava as atividades de avaliação e autorização, além de ter um trânsito bem mais direto com os fiscais da Câmara, que deveriam acompanhar os seus empregados na fiscalização; com a polícia, que punia os transgressores de seu regulamento; e com o Ministério do Império, ao qual estava diretamente submetida.

As suas atas mostram um trabalho intenso, contínuo e organizado (ao menos durante os cinco primeiros anos de sua existência). A fim de agilizá-lo, havia uma divisão de tarefas entre os seus membros, ficando cada um responsável pelas visitas sanitárias de determinada freguesia e por alguns pareceres, que seriam aprovados ou modificados por todos.<sup>117</sup>

Esses pareceres, em parte, constituíam respostas ao Ministério do Império que pedia a opinião da Junta a respeito de medidas sanitárias e de remédios utilizados no exterior para doenças como febre amarela e cólera, assim como às Comissões de Higiene Pública do Pará, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Sul, que foram se formando a partir de 1852. Também, se referiam às análises requisitadas por pessoas, com formação acadêmica ou não, que queriam vender remédios de segredo ou medicamentos novos que não estavam listados nas farmacopéias mais usadas.

Se não tivessem autorização da Junta, tais medicamentos, inventados pelos próprios requerentes ou cujos direitos de venda haviam sido comprados ao inventor, não poderiam ser vendidos nem anunciados em jornais ou cartazes pela cidade. A

---

medical industrialism: the regulation of secret remedies in nineteenth-century France” em Ann La Berge e Mordechai Feingold, *French medical culture in the nineteenth century*. Atlanta, Rodopi, 1994.

<sup>117</sup> 06/08/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

desobediência seria punida com multa e fechamento da loja do infrator, caso tivesse, por três meses.

Esses remédios deveriam ser apresentados à Junta com a receita e uma declaração das moléstias para que seriam próprios. Se aprovados, esta mandaria um relatório ao governo acerca de sua utilidade, indicando o tempo pelo qual se deveria conceder “um privilégio exclusivo de venda”. Depois de expirado o prazo desse privilégio, a receita seria “aberta e publicada”, o que poderia acontecer antes do tempo estipulado caso o remédio fosse aplicado para outras doenças que não estivessem previamente mencionadas.

E, de fato, os membros da Junta tinham muito trabalho quanto à avaliação dos remédios que lhes eram apresentados. Pelo menos nesse aspecto, o seu regulamento não havia ficado só no papel. E o que levava um número considerável de pessoas a obedecer às determinações da Junta? Havia, é claro, a ameaça de punição através de multas, fechamento de lojas e prisões. Contudo, o que incentivava a procura pela autorização oficial era a possibilidade de conseguir um “privilégio” e estar a meio passo de bons lucros. Em meados do Oitocentos, o consumo de tonificantes, purgantes, sudoríferos, eméticos ocupavam espaço importante no crescimento do comércio da época. Portanto, mais do que respeito aos médicos e ao regulamento da Junta, esses comerciantes estavam atrás da “descoberta” de um produto que caísse no gosto da população, como um Leroy ou uma salsaparrilha de Sands, e tivesse a garantia do governo de que seriam os únicos a lucrar com isso.

Assim, a possibilidade de conseguir um monopólio levaria alguns interessados a procurar o aval da Junta, o que talvez tenha sido um dos motivos para que seus membros se submetessem à leitura repetitiva de diversos requerimentos para remédios secretos, associados pelas próprias autoridades ao charlatanismo. Além disso, muitos desses remédios não diferiam das composições mais usadas oficialmente. A diferença residia na

forma como eram apresentados ao público e isso ajudava a divulgar e acostumar a população aos remédios indicados pelos médicos.

Como os pareceres não eram redigidos segundo um formulário padrão, deixavam transparecer o sentimento de seus membros que variava, principalmente, entre o tédio, a irritação e a ironia em relação às requisições.

Pareceres sobre salsaparrilhas, em geral, eram motivo de tédio. Os médicos acadêmicos reconheciam, nesse vegetal, propriedades que auxiliavam no tratamento de várias moléstias “sifilíticas, cutâneas, reumáticas e gotosas”.<sup>118</sup> Na verdade, na maior parte das vezes, ao falarem em salsaparrilha estavam se referindo a um composto no qual um dos principais ingredientes era a raiz de uma das espécies da planta. Daí o tedioso trabalho da Junta, que tinha de analisar diversas requisições de “privilégios” para o que parecia ser um grande negócio na época – vide os pedidos para a “essência concentrada de salsaparrilha”, “salsaparrilha brasiliense”, “de Sands”, “de Bristol”...

*“o remédio do Sr. Chatenay como muitos outros, pode algumas vezes ser de utilidade, e que o mesmo Sr. os pode fabricar e vender, publicando a receita, visto como não são eles dignos de algum favor; porquanto, além de não haver novidade em sua composição nem na preparação, conhecem-se muitos outros de ação semelhante com igual senão muito superior valor”.*<sup>119</sup>

---

<sup>118</sup> Pedro L. N. Chernoviz, *Formulário e guia médico*, Paris, Livraria de R. Roger e F. Chernoviz, 1908. 18ª edição.

<sup>119</sup> A Junta recebeu o requerimento do farmacêutico H. Chatenay para fabricar e vender um linimento para reumatismo e um xarope de salsaparrilha em 07/02/1855. O parecer foi originalmente escrito pelo dr. Rego e aprovado em 28/03/1855. Códice 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

Também havia espaço para outras preferências do consumidor ávido por fórmulas que protegessem ou restaurassem a sua saúde. Medicamentos em forma de arrobes eram muito populares.<sup>120</sup> Conseqüentemente, as respostas da Junta para esses tipos de remédios não eram muito diferentes. O “Rob depurativo do Dr. Saturnino” foi considerado pelo dr. Pereira Rego

*“uma simples imitação de tantos outros xaropes ou arrobes depurativos hoje muito vulgarizados, e que por isso não é de admirar que conseguisse com o seu emprego debelar algumas moléstias sifilíticas, como conseguiria com qualquer desses outros” [...] “não merece todavia uma aprovação especial da Junta, que lhe dê qualquer caráter de superioridade aos outros arrobes depurativos conhecidos, e o tornem digno de um favor especial, visto como nada há de novo nem em seus componentes, nem na maneira de o preparar”.*<sup>121</sup>

A Junta precisava esclarecer que não bastava ignorar a fórmula de um remédio para considerá-lo “de composição desconhecida”. Alguns médicos acadêmicos ansiavam por entrar mais diretamente no mercado de remédios e pretendiam incluir nessa denominação “a infinidade de fórmulas que podem resultar da combinação incalculável das inúmeras substâncias de que compõem a matéria médica”. Contudo, para valorizar o “privilégio” que mantinha muitos interessados dentro das determinações de seu regimento,

---

<sup>120</sup> Arrobes ou robes são “os sumos de quaisquer frutos, reduzidos pela evaporação à consistência de mel”. Chernoviz, *Formulário e guia médico*.

<sup>121</sup> Requerimento de 04/07/1855, aprovação do parecer em 18/07/1855. Códice 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

a Junta tinha de refrear essas ambições. Assim, só entendia como merecedor de algum “privilégio” os remédios

“em cuja composição entrar alguma substância desconhecida e de uma ação eficaz sobre certas enfermidades, ou então os medicamentos que, embora compostos de substâncias conhecidas, apresentam alguma novidade em sua composição, e desta resultam efeitos imprevistos, enérgicos e seguros contra esta ou aquela moléstia”<sup>122</sup>

Durante os primeiros cinco anos de atuação da Junta, não havia um tema que provocasse mais irritação do que os homeopatas. Os seus membros ficavam exasperados (uns mais que outros) ao tratarem do assunto, como veremos em outro capítulo. A falta de paciência também era visível em outras situações. Atentos à propaganda de terapias que apregoavam “numerosas e quase infalíveis virtudes”, a Junta identificava a “especulação mercantil nos jornais d’esta Capital” como a responsável por essa situação.<sup>123</sup> Chegavam mesmo a atacar alguns remédios que lhes eram entregues para análise como “inventos da sórdida especulação, que o charlatanismo, a pretexto de sentimentos generosos, propõem e apregoa para fintar a credulidade pública”.<sup>124</sup>

Inteirados das discussões sobre saúde pública em países da Europa e nos Estados Unidos, observavam com cuidado a utilização de remédios e de terapeutas importados. Em resposta à solicitação do ministro do Império que pedia um pronunciamento sobre o folheto

---

<sup>122</sup> Por exemplo, os pedidos dos drs. Sigaud e Persiani (26/10/1852) e do dr. Peixoto (30/05/1855), com pareceres, respectivamente de 16/11/1852 e 20/06/1855.

<sup>123</sup> Parecer do provedor da saúde sobre “xarope do Bosque”, em 13/01/1852. Códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>124</sup> Parecer de Félix Martins, em 02/11/1852 sobre o pedido de privilégio para o remédio contra embriaguez apresentado por Etienne Lagarde em 21/10/1852. Códice 8-2-11, Higiene Pública: Atas, *AGCRJ*.

publicado nos Estados Unidos intitulado “Negative electric fluid, prepared by N.W.Seat”, a Junta se sentia mais à vontade para zombar de um produto ainda distante do mercado brasileiro.

“Pode ser que o negative electric fluid do Doutor Seat sendo um remédio universal contra tudo inutilize de todo a etiologia, a sintomatologia, a semiótica, a terapêutica e a matéria médica, salvando a todo o gênero humano; talvez que possamos fechar as escolas de medicina.”<sup>125</sup>

E concluíam: “*Allah é grande!* Muito maior porém é o charlatanismo norteamericano.” [grifo do original]

Em outros casos, a Junta tinha que ser mais direta. Quando o assunto envolvia prerrogativas dos médicos, por exemplo. Um detalhe sutil na requisição de um boticário que fabricava um remédio para “quebraduras” ou hérnias, desencadeou uma resposta bem diferente das que eram dadas aos outros inventores de medicamentos, nas quais se limitava a conceder ou não o “privilégio” fazendo algumas considerações sobre a composição. O “problema” era que Joaquim Figlio Candiani, ao se dirigir à Junta, pedia “privilégio exclusivo para continuar a curar quebraduras”, deixando claro que o faria “sem prejuízo daqueles que estiverem devidamente habilitados pelas Academias do Império”. Essa gentil ressalva, contudo, estava longe de ser suficiente para agradar a elite médica, que vinha lutando pelo monopólio de suas atividades.

---

<sup>125</sup> Parecer de Lallemand. Registros sobre o “negative electric fluid” em 25/01/1853 (código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*); 11/01/1853 (código 8-2-11, Higiene Pública: Atas, *AGCRJ*); e 26/01/1853 (maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública, officios e documentos diversos, *AN*).

Em seu parecer, o dr. Reis julgou ser necessário enumerar, didaticamente, os motivos que o levavam a indeferir a solicitação:

*“1º por não ser ele médico, e não reunir conseqüentemente os conhecimentos indispensáveis para bem conhecer a moléstia cirúrgica que se propõem a curar; 2º porque não comprovando a asserção que produz = de haver tratado com vantagem muitos herniários = não declara a natureza dos meios que emprega para tal fim, como o deverá fazer na conformidade do Artigo 73 do Regulamento de 29 de Setembro de 1851; 3º porque não bastam os conhecimentos farmacêuticos (se é que o Suppe. os tem) para que o indivíduo que os possui se entregue ao difícil curativo das hérnias, um dos escolhos da medicina, ainda mesmo quando haja descoberto alguma substância, ou composição medicamentosa que tenha a propriedade de em alguns casos produzir o estreitamento do anel herniário.”<sup>126</sup>*

Além desse caso, em várias outras situações a Junta procurava reafirmar a primazia dos médicos em relação a qualquer outra atividade terapêutica, estabelecer a sua superioridade e a posição subalterna dos outros ofícios.<sup>127</sup>

Ainda tentando se adequar aos parâmetros oficiais, Candiani pedia, alguns meses depois, licença “para curar quebras e roturas por meios unicamente externos”. Remetia-se aos antigos limites do território médico, que se restringia a curar moléstias

---

<sup>126</sup> Pedido de 12/07/1853 e parecer de 19/07/1853. Códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>127</sup> Respondendo ao ofício do presidente da província de São Pedro do Sul, no qual eram indicados um médico e um farmacêutico para comporem a comissão de higiene local, a Junta ressaltava que deveria “ser preferido um médico para membro daquela Comissão, visto reunir maior cópia de conhecimentos do que um simples farmacêutico”. 06/12/1853, códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

internas e a aplicar remédios internos. Como os tempos eram outros, a Junta não mudou sua opinião.<sup>128</sup>

Mais alguns meses e, finalmente, Candiani parecia ter entendido como se dirigir à Junta. Apresentando um emplastro para curar hérnias, com a lista dos ingredientes que o compunham, pedia o “privilégio” para fabricá-lo e vendê-lo. O dr. Martins, porém, não foi condescendente:

“algumas das substâncias que os compõem são mesmo das mais usadas para isso e todas elas quer uma a uma, quer associadas, oferecem bem pouca probabilidade de sortirem o desejado efeito de sua aplicação”.<sup>129</sup>

Havia mais flexibilidade por parte da Junta quando tratava do exercício farmacêutico. Por um lado, deu início a uma discussão sobre a definição de droguista e o que exatamente este comerciante poderia vender em sua loja de drogas, o que beneficiaria o boticário.<sup>130</sup> Por outro lado, no entanto, fez concessões bem mais raramente observadas quando tratava do exercício médico.

Assim, a resposta sempre foi positiva para as pessoas que atuavam como boticários, embora não tivessem título acadêmico. Bem entendido que isso só aconteceu depois de verificarem a não existência de boticários oficializados na cidade do suplicante (nenhum era do Rio de Janeiro). Como isto não estava previsto em seu regulamento, a Junta

---

<sup>128</sup> 27/07/1854, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>129</sup> Pedido de 22/11/1854 e parecer de 29/11/1854. Código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>130</sup> 13/01/1852; 23 e 30/03/1852; 20/06/1854 (código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas); 07/03/1855 (código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas); *AGCRJ*.

tinha que comunicar ao governo quando isso acontecia e não deixava de expor “a necessidade de se concederem licenças em casos tais”.<sup>131</sup>

A criação de um órgão, formado por médicos, que centralizava as determinações sobre saúde pública e exercício médico marca um novo período em relação ao iniciado em 1828, quando esses temas ficaram diluídos entre as responsabilidades da Câmara Municipal e, a partir de 1843, também no Ministério do Império. Todavia, apesar da vigilância de seus membros para garantir aos médicos acadêmicos o monopólio das atividades terapêuticas, a Junta não conseguia abranger todo o universo de terapeutas. Muitos anúncios continuavam a ser publicados em forma que sugeriam a não oficialização do remédio ou do terapeuta em questão. E muitos mais devem ter sido os que atuavam sem recorrer à propaganda nos jornais.

Com o avançar do século XIX, observamos o aumento no número de anúncios de médicos especializados nos cuidados com partes específicas do corpo humano. O dr. Joaquim Vicente Torres Homem, pouco depois de chegar de Paris, anunciava sua especialidade em “moléstias da uretra” e convidava “as pessoas que se acharem atacadas desta terrível moléstia” a se dirigirem ao seu consultório.<sup>132</sup> Assim como Torres Homem, a maior parte dos que se promoviam como especialistas havia se formado no exterior, sendo brasileiro ou não.

Ao contrário do que se possa imaginar, já que até 1832 os médicos acadêmicos não eram formados no Brasil, um sobrenome estrangeiro (muitos eram de origem francesa ou inglesa) nem sempre transmitia seriedade e competência. Especialidades, como a

---

<sup>131</sup> 26/10/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*. Outros casos: 30/03, 06/04, 02/11 de 1852; 15/02, 09/08, 08/11 de 1853; 17/01, 08/06, 18/10 de 1854. Código 8-2-12, *AGCRJ*.

<sup>132</sup> 19/07/1830, *JC*.

oftalmologia, eram muito associadas ao charlatanismo.<sup>133</sup> Atenta a isso, a Junta se mobilizava contra o exercício daqueles especialistas não autorizados. Em meados de 1853, se dirigiu ao delegado de polícia para proceder contra Carlos Barbet que anunciava, sem título legal, “curar, por um novo método de sua invenção, sem socorro de operação, todas as moléstias de olhos”.<sup>134</sup>

A cadeira de “oftalmologia” foi instalada em 1883 nas Faculdades de Medicina, assim como as de “clínica obstétrica e ginecológica” e de “clínica de moléstias cutâneas e sífilíticas”. Essas últimas foram antecedidas pela cadeira de “partos, moléstias de mulheres peçadas e paridas e de meninos recém-nascidos”, criada no primeiro ano de existência das Faculdades, e antes, pela de “partos” das Academias Médico-Cirúrgicas.

Poucos eram os médicos acadêmicos que restringiam sua prática a tratar exclusivamente de moléstias específicas ou de grupos sociais determinados, como mulheres e crianças.<sup>135</sup> Em meados do século, no entanto, os especialistas, como o dr. H. Chomet, apareciam com um pouco mais de frequência nas páginas dos periódicos.

#### “MOLÉSTIAS DAS MULHERES

#### DAS VIAS GENITO-URINÁRIAS, E VENÉREAS.

[...] as curas obtidas pelo meu especial curativo, como nas amenorréia, leucorréia, prolapso, chagas, schirro, cancro do útero, etc., e nas moléstias

---

<sup>133</sup> George Weisz, “The development of medical specialization in nineteenth-century Paris”, p.153, em Ann La Berge e Mordechai Feingold (eds.), *French medical culture in the nineteenth century*. Atlanta: Rodopi, 1994. Ver também George Weisz, “Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries”, *Social History of Medicine*, 1994.

<sup>134</sup> 23/08/1853, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>135</sup> Por exemplo, 05/05/1840, *JC*: “O Dr. em Medicina Luiz Cândido de Assis Araújo notifica que mudou-se, mas continua a tratar lá sua especialidade: moléstias de meninos.” Em 28/07/1855: “Especialidade de moléstias do útero”, anúncio do dr. Pannel.

das vias genito-urinárias, como estreitamentos, dores da bexiga, blenorragia, espermatorréia, etc., etc., me animam a participar às pessoas que padecem tais enfermidades, tão comuns e tão rebeldes no Brasil, que estabeleci o meu escritório na rua dos Ourives n.41, onde posso ser encontrado todos os dias”.<sup>136</sup>

As doenças de mulheres e de crianças, associadas à obstetrícia, constituíram uma das primeiras especializações dos médicos durante o século XIX.<sup>137</sup> Porém, tanto o desconforto por ser atendida por um homem, quanto a incompetência devido à falta de prática faziam com quem as grávidas os preterissem em relação às parteiras.<sup>138</sup> Como veremos adiante, o hospital da Santa Casa teve um papel importante na inserção dos médicos nessa área dominada pelas mulheres.

### **As parteiras**

As parteiras, assim como os sangradores e os curandeiros, foram desqualificadas pelos representantes da medicina acadêmica. As três categorias eram identificadas com as camadas populares. Contudo, o seu ofício, de acordo com a definição oficial, não era nem menor (como o dos sangradores), nem concorrente (como o dos curandeiros). A forma

---

<sup>136</sup> 01/01/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>137</sup> Sobre a constituição das especialidades médicas obstetrícia e ginecologia no século XIX, ver Ana Paula Vosne Martins, *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*, tese de doutorado, UNICAMP, 2000.

<sup>138</sup> Estudos em outros contextos apontam para situação semelhante: Anne Digby, *Making a medical living – doctors and patients in English market for medicine, 1720-1911*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p.263. Lindsay Wilson, *Women and medicine in the French Enlightenment – the debate over maladies des femmes*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1993, introdução. Deborah McGregor, *From midwives to medicine – the birth of American gynecology*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1998.

como os médicos se relacionaram com as parteiras foi um pouco diferente. Aos poucos, foram se intrometendo mais intensamente nessa arte, processo que tendeu a se acelerar com a criação das Faculdades de medicina.<sup>139</sup>

Para obter o grau de doutor em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, por exemplo, Francisco de Paula Costa apresentou a sua tese, em 1841, na qual caracterizava as parteiras como “Mulheres, de ordinário, nascidas em uma classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos”. Ainda segundo o formando, a incapacidade dessas mulheres produziria “escandalosos assassinatos” devido à inserção de “laços e instrumentos ao útero”. Condenava também o fato de não saberem a hora de chamarem um médico em partos difíceis e o “costume de administrarem elixires”.<sup>140</sup>

Portanto, além de não chamarem uma pessoa “competente” para resolver as dificuldades que apareciam nesse ofício - comportamento já apreciado pelos cirurgiões do tempo da Fisicatura-mor -, as parteiras ainda se metiam a receitar, passando, decididamente, dos limites de suas atividades. Assim, vemos que as parteiras sofreram um processo de desqualificação de seus conhecimentos (incapacidade para resolver situações mais complicadas) e desautorização de suas práticas (deveriam se ater a adivinhar o sexo do bebê).

Tradicionalmente, as mulheres prestes a dar à luz eram assistidas por outras mulheres que, em geral, haviam aprendido na prática auxiliando as mais experientes.

---

<sup>139</sup> Ver Jacques Gélis, “Sages-femmes et accoucheurs: l’obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles”, *Annales – économies, sociétés, civilisations*, sep.-oct., 1977.

<sup>140</sup> Francisco de Paula Costa. *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1841.

Segundo Walsh, as casas das parteiras eram identificadas por uma cruz branca na porta.<sup>141</sup> Os conhecimentos sobre a arte de partejar podiam ser aplicados eventualmente, ajudando parentas ou vizinhas próximas. Nestes casos, muitas vezes, eram chamadas de ‘curiosas’.<sup>142</sup> Se fossem usados como um ofício, a parteira deveria pedir licença à Fisicatura-mor (até a extinção do órgão, em 1828), porém apenas uma minoria se sentiu pressionada a se submeter aos exames desse órgão ou mesmo optou por mostrar essa licença como um certificado de sua habilidade. A maior parte não considerou necessário se oficializar. Outras partejavam em localidades aonde a fiscalização não chegava. Havia, ainda, as que gozavam de tanto respeito na comunidade a ponto de conseguirem certa proteção.

Provavelmente, muitas acumulavam – e colocavam em prática – conhecimentos sobre ervas e mezinhas para diversos problemas, além daqueles relacionados ao parto, como fazia Romana de Oliveira. As suas atividades de parteira e curandeira chegaram a nós, pelos registros da Fisicatura-mor, devido à denúncia de um cirurgião de que essa crioula forra partejava e aplicava remédios, apesar de não possuir licença.<sup>143</sup>

Se fossem seguir à risca o que estava escrito na licença, contudo, essas parteiras deveriam se limitar a ajudar na hora do parto. Receitar remédios constituía uma invasão ao campo dos médicos. Mesmo que se ativessem ao parto, o seu diploma ou licença marcava

---

<sup>141</sup> R. Walsh, *Notícias do Brasil (1828-1829)*, Belo Horizonte, São Paulo: Ed. Itatiaia, Edusp. 1985, v.1, p.171.

<sup>142</sup> Códice 46-2-40, Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias da Candelária, Santa Rita, Sacramento, São José, Lagoa, Irajá, Jacarepaguá, Guaratiba, Santa Cruz e Ilha de Paquetá (1841), *AGCRJ*.

<sup>143</sup> Romana apresentou atestados de pessoas com posições respeitáveis que afirmaram serem os remédios “suadores, cordiais, ou chás de ervas ou raízes, como de fedegoso, erva colejo, crapiã, casquinha de limão, marcela, galega, para aquelas enfermidades que qualquer conhece, como constipações, deflucções, indigestões”. Ver Tânia Salgado Pimenta, *obra citada*, pp.113-115.

uma posição subalterna em relação aos cirurgiões, já que deveriam ter o discernimento de chamá-los em partos considerados difíceis.<sup>144</sup>

Visando proporcionar uma formação mais condizente com as atividades que desenvolviam, foi instituído, com a criação da Faculdade de Medicina, em 1832, um curso de partos. As aulas seriam ministradas pelo “Professor de Partos”, cuja cadeira, “Partos, enfermidades de mulheres pejudadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos”, fazia parte do quinto ano de estudos dos alunos de medicina.<sup>145</sup> Em vez dos conhecimentos sobre a arte serem passados por mulheres mais experientes, homens especializados nesse campo da medicina acadêmica consideravam-se os mais indicados para ensiná-las sobre o ofício.

Para entrar no curso, as alunas tinham que ter pelo menos 16 anos, saber ler e escrever, apresentar um atestado de bons costumes passado pelo juiz de paz da freguesia onde morassem e pagar pela matrícula. A princípio, as aulas deveriam ser ministradas nos hospitais civis; cinco anos mais tarde, porém, o projeto de estatutos para a Faculdade, que foi adotado provisoriamente, tornava mais específico o local das aulas de clínica interna e externa, apenas confirmando o que já vinha acontecendo na prática: o hospital da Santa Casa era o lugar de ensino.

Art.90: “O Lente de partos terá a seu cargo, durante o ano escolar, a cura dos doentes recém-nascidos, que houverem na Casa dos Expostos, e a prática dos partos, e clínica correspondente, na enfermaria da Santa Casa, que para isso se designar, e à qual se dará o nome de – enfermaria da maternidade [...]”

---

<sup>144</sup> O monopólio do uso de instrumentos cirúrgicos, como o fórceps, contribuía para justificar essa recomendação.

<sup>145</sup> Lei de 03/10/1832. *CLB*.

Art.98: “As Parteiras se exercitarão em manobras de partos, em conformidade com o correr das lições; mas serão obrigadas a freqüentar, na enfermaria da maternidade, os casos práticos de partos que ali ocorrerem”.

Art.111: “As Parteiras não serão habilitadas para os requerer, se não depois de freqüentado o 2º ano”.<sup>146</sup>

Entretanto, a freqüência revelava um quadro desanimador, como mostrou Maria Lúcia de Melo Souza: uma aluna em 1834, uma em 1838, uma em 1839, uma em 1853... Entre 1832 e 1901, o livro de matrículas da Faculdade do Rio de Janeiro somava apenas 21 alunas.<sup>147</sup> Mesmo assim, ao longo das seis primeiras décadas dos oitocentos, os médicos foram traçando um perfil ideal de aluna mais exigente, restringindo o número de mulheres que se encaixassem nesses requisitos e estivessem interessadas em aprender a partejar. Enquanto a lei de 1832 determinava que a idade mínima para entrar no curso era de 16 anos e que as alunas deveriam saber ler e escrever, a lei que reformou o ensino médico em 1854 estabelecia que tivessem, no mínimo, 21 anos e que precisariam saber, além do português, francês e as quatro operações. O pagamento de uma taxa de matrícula também contribuía para limitar o número de alunas.

A Faculdade, no entanto, não era a única detentora do ensino. A lei de 1832 declarava que “qualquer pessoa nacional ou estrangeira” poderia estabelecer “Cursos particulares sobre os diversos ramos das ciências médicas e lecionar à sua vontade sem

---

<sup>146</sup> 06/03/1837, *CLB*. Os estatutos de 1854 mantinham a Santa Casa como lugar do ensino prático. Ver decreto n. 1387 de 28/04/1854, art.8º, *CLB*.

<sup>147</sup> Maria Lúcia de Melo Souza, *Parto, parteiras e parturientes – Mme Durocher e sua época*, tese de doutorado, USP, 1998, pp.128-9.

oposição alguma da parte das Faculdades”.<sup>148</sup> Os anúncios registram, então, algumas iniciativas nesse sentido:

“M. de Artaud dará também lições práticas da arte obstétrica e mesmo há de lecionar um curso completo para as pessoas que se querem capacitar dele, seja estudantes ou parteiras que depois terão de ser examinados para obter os competentes diplomas pelos Lentes da Faculdade de Medicina.”<sup>149</sup>

Essa ressalva era o ponto fundamental para os professores da Faculdade – os únicos que poderiam expedir diplomas e, portanto, autorizar a prática das parteiras. Certamente, este foi um fator decisivo para se negar o pedido do dr. Florêncio Estanislao Le Masson para abrir o seu “Estabelecimento Filantrópico debaixo do Patrocínio das Senhoras mais distintas do Rio de Janeiro ou Hospital para mulheres de Parto, Ensino de Parteiras”. Depois de 12 anos de descaso em relação ao requerimento, o responsável pelo parecer oficial – Francisco Júlio Xavier, professor de Partos da Faculdade – foi contrário à abertura do estabelecimento, argumentando, entre outras coisas, que a Faculdade era a única autorizada a conceder diplomas.<sup>150</sup>

Assim, como outras escolas de parteiras, anunciadas no começo da década de 1830, a do dr. Le Masson enfatizava o ensino prático que seria feito às custas das mulheres que procuravam o seu hospital para parir. Esse seria o grande diferencial em relação ao

---

<sup>148</sup> Lei de 03/10/1832, *CLB*.

<sup>149</sup> Anúncio do Doutor José André Leopoldo Gamard. 13/07/1833, *JC*.

<sup>150</sup> Para o processo completo do requerimento do dr. Le Masson, ver Maria Lúcia de Melo Souza, *obra citada*.

curso oferecido pela Faculdade, já que tanto a formação das parteiras, quanto dos médicos ressentiam a falta de estudos práticos.<sup>151</sup>

Acompanhando a estrutura social da época, o seu estabelecimento – até para tentar atrair as mulheres mais abastadas – deixava evidente o lugar de cada um. Para quem quisesse recorrer a seus serviços, o médico informava que tinha “quartos separados para as Sras., e receb[ia] pretas por preço cômodo.”<sup>152</sup> Esse tipo de aviso era recorrente nos anúncios de parteiras.

Outro detalhe era que as senhoras que colaboravam com o hospital podiam recomendar quais mulheres seriam internadas, chamadas de “doentes” no requerimento dr. Le Masson aos vereadores. Além de selecionar as clientes, esse recurso contribuía para a criação e fortalecimento dos laços de dependência entre as camadas sociais.

O seu projeto recebeu, prontamente, um parecer favorável de José Lino Coutinho, secretário de Estado dos Negócios do Império, deputado geral pela Bahia e, o que valorizava mais a sua opinião, professor da Faculdade de Medicina de Salvador. Para Coutinho, os resultados do estabelecimento deveriam ser divulgados por todas as províncias do império, visto que instruiria as mulheres que pretendiam se dedicar ao ofício de parteira e proporcionaria a “muitas Mães um meio de livrar-se dos perigos a que estão expostas em tais ocasiões, assim pela falta de assistentes, como pela ignorância das que para esse fim se lhes apresentam”.<sup>153</sup>

A preocupação e o alerta em relação à incompetência das parteiras apareciam com certa frequência entre os médicos acadêmicos, que cobravam dos políticos (às vezes,

---

<sup>151</sup> Maria Lúcia de Melo Souza, *obra citada*, pp.56-69.

<sup>152</sup> 11/05/1832, *JC*.

<sup>153</sup> Códice 47-1-48, Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, 1831; *AGCRJ*.

médicos também) medidas mais repressoras. Para além dos círculos médico e político, esse discurso de desqualificação ia sendo apresentado aos poucos à população.

“Vendem-se Opúsculos de Higiene, ou regras de conservar a saúde, e prolongar a vida, conforme o método ensinado na Academia Médico-Cirúrgica desta Corte. *As Senhoras aplicadas nele acharão alguns preceitos que muitos estimarão saber e por em prática, particularmente depois de conceberem até que dêem à luz seus filhos, a quem o menor dos seus descuidos, ou das parteiras pode aniquilar.* Vende-se na loja de livros da rua da Cadeia n.114, ou em casa do Autor no beco do Cotovelo n.44.”<sup>154</sup> (grifo meu).

Foi com esse discurso que o dr. Le Masson convenceu o ministro do Império da importância de seu estabelecimento e pretendia convencer os vereadores a lhe dar “alta proteção”. Com sua escola, o médico contribuiria para o fim de “manobras bárbaras, acompanhadas de práticas supersticiosas, ditadas pela ignorância e impostura que se observam ainda mesmo no centro da metrópole do Império”. No entanto, logo na primeira cláusula de seu prospecto deixava-se claro que este aprendizado não se estenderia “nem às pretas nem às escravas”.<sup>155</sup> Pretas e escravas eram boas apenas para servirem de base ao aprendizado da arte de partejar. Essa restrição se complementa com um anúncio em que se oferecia o serviço de sangradores brancos ou pretos. Portanto, se essa restrição e oferta eram colocadas, havia certa demanda, mesmo que pequena, por brancos ou mestiços que

---

<sup>154</sup> 18/11/1831, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>155</sup> Códice 47-1-49, Parteiras, requerimento do Dr. Florêncio Estanislau Le Masson, sobre o hospital que fundou para mulheres de parto e ensino de parteiras, 1833. *AGCRJ*.

desempenhassem ofícios exercidos pelas camadas sociais mais baixas, compostas, em sua maior parte, por negros.

O curso também ensinaria as alunas, provenientes das camadas subalternas, regras sociais adotadas por pessoas das classes mais altas a fim de agradá-las:

“As alunas aprenderão [...] aquela facilidade de trato, e polidez de maneiras, que são necessárias a uma mulher, que, suposto seja de baixa condição, tem pelo seu ofício, ocasião de se achar em contato com as pessoas da mais alta hierarquia [...]”.<sup>156</sup>

Outro ponto socialmente importante era a possibilidade de tornar as mulheres interessadas em aprender o ofício “dignas de serem procuradas por homens honestos, para se unirem a elas pelos vínculos do matrimônio, gozando da estima, e da consideração pública”.<sup>157</sup>

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.<sup>158</sup>

---

<sup>156</sup> Códice 47-1-48, Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, 1831; *AGCRJ*.

<sup>157</sup> Códice 47-1-48, Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, 1831; *AGCRJ*. Ver Luciana Gandelman, *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento das órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca. 1739-1830)*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 2001.

<sup>158</sup> Em 1835, a parteira Ana da Silva dizia aos vereadores que poderia apresentar atestados de quatro médicos com os quais havia trabalhado junto. Outros casos em 12//04/1831, 06/03/1835; códice 47-

Através dos anúncios, observamos mesmo uma associação entre esses dois ofícios. Alguns dos médicos que procuravam se dedicar à obstetrícia mantinham pequenas “casas de saúde”, onde as grávidas deveriam ter os seus filhos, em vez de o cirurgião ir à sua casa. Em 1833, publicou-se o seguinte anúncio no *Jornal do Commercio*:

“O Doutor José André Leopoldo Gamard tem a honra de participar ao respeitável público da Corte, que tem na sua casa de saúde na rua do Valongo n. 38 quartos bem situados e mobiliados com decência, prontos para receber mulheres pejudadas, as quais serão assistidas pela Sra. Artaud mestre parteira da maternidade de Paris, Discípula de M. de La Chapelle e do Professor Dubois. [...] As pessoas que desejam a assistência de M. de Artaud podem se dirigir na casa de saúde, rua do Valongo n. 38 onde ela tem a sua residência.”<sup>159</sup>

Dois pontos chamam a atenção nessa propaganda. Primeiro, o convite às grávidas para terem os seus filhos num ambiente mais controlado com assistência mais constante de uma parteira e de um médico, quando fosse necessário, o que aponta para a medicalização do parto. Segundo, a associação a uma parteira e a ênfase em sua formação que pode ser entendida como um modo de atrair mais clientes. Ter estudado em Paris e sido aluna de mestres tão famosos, colocava tal parteira a considerável distância da imagem negativa que os médicos estavam construindo sobre o ofício.

---

1-47, Parteiras – vários papéis separados por ordem cronológica, 1820 a 1878, *AGCRJ*. Além da própria mme. Durocher, Maria Lúcia de Melo Souza fornece exemplos de outras parteiras reconhecidas pelos médicos. *Obra citada*, p.49.

<sup>159</sup> 13/07/1833, *JC*.

Outras parteiras estrangeiras também ofereciam os seus serviços através das sessões de anúncios. Uma das mais assíduas era a francesa Stephanie Berthou, que desde a sua chegada à cidade repetia a mesma propaganda, mudando apenas o endereço:

“Mme. Stephanie, mestra-parteira na Santa Casa de Misericórdia, participa ao respeitável público que tem em sua casa, Rua do Ourives 47, quartos prontos para receber senhoras, onde serão tratadas com o desvelo que exigirem; também recebe escravas por preço cômodo.”<sup>160</sup>

Essa idéia de tirar as mulheres de seu ambiente cotidiano, transformando o parto em um acontecimento médico pode ser identificada em outros anúncios, sobretudo de parteiras francesas, como as madames Artaud, Pascal, De Bussi, Pourtois que publicavam com grande freqüência reclames semelhantes ao transcrito acima.

Esses exemplos de anúncios são representativos porque a maior parte das parteiras que se anunciavam eram estrangeiras. Também constituíam a maioria entre as que requisitavam autorização oficial para partejar.

Durante o período de 1808 a 1828, entre as 118 parteiras com algum registro na Fisicatura-mor, 44 tinham a nacionalidade definida. Destas, as francesas representavam apenas 4.5%, enquanto as brasileiras, 50% e as portuguesas, 45.5%. Os pedidos de licença ou carta feitos por moradoras do Rio de Janeiro somavam 25.<sup>161</sup> Para a década de 1830, há alguns requerimentos de parteiras à Câmara Municipal relativos a oito licenciadas.<sup>162</sup> Numa

---

<sup>160</sup> Seus anúncios podem ser encontrados, entre outros, nos dias 23/07/1833, 17/01/1835, 07/11/1837, 03/03/1840; *JC*.

<sup>161</sup> Os dados sobre o Rio de Janeiro não foram trabalhados separadamente na dissertação. Os números apresentados a seguir se referem a espaços de tempo diferentes e a delimitações geográficas diversas, dificultando a elaboração de uma tabela.

<sup>162</sup> Códice 47-1-47, Parteiras, *AGCRJ*.

relação, de 1842, de sangradores, cirurgiões, boticários, médicos e parteiras, em que constavam 230 nomes, nove eram femininos e correspondiam às parteiras que estavam atuando havia quase dez anos, pelo menos (acrescia-se o nome de madame Durocher). Não havia indicações sobre a nacionalidade, com exceção do sobrenome e a julgar por esses, a maior parte era portuguesa ou brasileira.<sup>163</sup> Entre 1841 e 1851, em um livro da Câmara Municipal para registros de diplomas de médicos, cirurgiões, farmacêuticos e parteiras, estas somam apenas seis, num total de 182 registros. Todas as seis, francesas. Outro dado interessante é que os nomes da lista anterior não apareceram neste livro.<sup>164</sup> Além disso, um relatório do fiscal do 2º distrito da freguesia de Santa Rita apresentava os nomes de duas parteiras que atuavam na região, mas que não apareceram como licenciadas nos registros pesquisados da Câmara.<sup>165</sup>

Esses dados da Câmara indicam, além de um aumento do número de parteiras francesas com o passar das décadas de 1830 e de 1840, que o controle dessa atividade não era muito efetivo. Os registros municipais, assim como os anúncios dos periódicos, podiam dar a idéia equivocada de que as parteiras francesas estavam dominando o mercado. O que acontecia, provavelmente, era as brasileiras anunciarem bem menos porque muitas haviam formado a sua clientela a partir de laços sociais estabelecidos há tempos, como ligações com outras parteiras mais experientes. As estrangeiras tinham que se fazer conhecer através da propaganda, o que era ainda mais necessário quando possuíam um estabelecimento para receber certo número de mulheres grávidas. Dessa forma, estas parteiras acabavam por se

---

<sup>163</sup> Códice 46-2-43, Médicos, cirurgiões, sangradores, boticários e parteiras que registraram seus diplomas na secretaria da câmara municipal – relação de 1842, *AGCRJ*.

<sup>164</sup> Códice 49-3-14, Registro de diplomas de médicos, boticários e parteiras - 1840-1851, *AGCRJ*.

<sup>165</sup> Códice 46-2-40, Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias, 1841, *AGCRJ*.

dirigir às pessoas que sabiam ler os anúncios e constituíam as camadas, pelo menos, remediadas da sociedade.

As mulheres brasileiras que auxiliavam outras na hora do parto, em sua maioria, não eram autorizadas pelas autoridades competentes. Não requeriam as licenças seja por não encararem essa atividade como um ofício, seja porque não viam necessidade disso. De todo modo, estavam ocupando espaço na sociedade, reduzindo o mercado das parteiras que chegavam à cidade.

Isso acirrava a concorrência e, para se destacar, enfatizavam o diploma conseguido em faculdades estrangeiras e a licença concedida pela Faculdade do Rio de Janeiro – o que caracterizava uma formação acadêmica, aproximando-as dos médicos, embora em posição subalterna. Enquanto a elite médica se preocupava com as parteiras que não cumpriam as determinações legais, as parteiras licenciadas direcionavam a atenção também para as que ostentavam títulos semelhantes.

Nesse contexto, o fiscal da freguesia do Sacramento recebeu uma denúncia da parteira da Santa Casa da Misericórdia, Stephanie Maria Warnault, cujo nome de casada era Berthou. Dizia que uma tal de madame De Bussy afirmava, em anúncios nos periódicos, ter diploma da Faculdade de Paris, o que não seria verdade. Acusava-a de recorrer a esse artifício para “aumentar as suas freguesas e dar crédito a sua impostura”. Completava, por fim, que “esta arte tão útil à humanidade não pode ser praticada a seu detrimento quando abunda uma multidão de Médicos sábios, e mulheres examinadas”.<sup>166</sup> Face às análises mais ponderadas dos médicos que admitiam existir um pequeno número de médicos especializados e de parteiras licenciadas, esse último argumento pode ser interpretado como

---

<sup>166</sup> 16/01/1831, código 47-1-48, Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, 1831, *AGCRJ*.

um artifício a fim de reforçar a necessidade de reprimir as atividades da denunciada. Mas também podemos concluir que para a pequena quantidade de mulheres que procurava parteiras e médicos oficializados, estes estavam em número suficiente, do ponto de vista da madame Stephanie.

De acordo com o estudo de Maria Lúcia de Melo Souza, apenas a partir do último quartel do século XIX os médicos tiveram a sua participação aumentada na parturição.<sup>167</sup> Pudemos observar, no entanto, que a desqualificação do trabalho da parteira em favor da valorização dos conhecimentos acadêmicos vinha se construindo, pelo menos, desde o começo do oitocentos. Esse processo se caracterizou pela incorporação efetiva da assistência ao parto aos domínios médicos, junto com a subordinação das parteiras aos acadêmicos.

A historiografia tem apontado para a dificuldade da medicina acadêmica em inserir as parteiras no universo oficial das práticas terapêuticas,<sup>168</sup> o que pode ser entendido como uma forma de resistência às mudanças empreendidas na regulamentação de suas atividades.

### **Os sangradores**

Ao longo do século XIX, a relação dos médicos acadêmicos com os sangradores foi se transformando de forma bem diferente da que ia se construindo com as parteiras.

---

<sup>167</sup> Maria Lúcia de Melo Souza, *obra citada*, p.18.

<sup>168</sup> Maria Lúcia de Melo Souza, *obra citada*, 1998; Maria Renilda Nery Barreto, *Nascer na Bahia do século XIX, Salvador (1832-1889)*, dissertação de mestrado, UFBA, 2000. Tânia Salgado Pimenta, *obra citada*.

Estas poderiam se ‘redimir’ através de uma formação acadêmica avaliada por exames que autorizariam a sua prática. Os sangradores, não.

Depois das posturas de 1830, que exigiam que médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e sangradores autorizados se dirigissem à Câmara Municipal para registrarem os seus diplomas, estes últimos não receberam mais atenção oficial no sentido de regulamentar as suas atividades. Eram tolerados, afinal exerciam um dos recursos terapêuticos mais usados do período. A sangria continuava a ser feita por sangradores que, contudo, foram perdendo o prestígio que poderiam obter caso fossem aprovados em exames que atestassem a sua competência.

Portanto, depois do fim da Fisicatura-mor, os sangradores não tinham mais como se licenciar. Até meados da década de 1830, alguns ainda se dirigiam à Câmara pedindo para serem examinados. Como já foi dito, a resposta variava entre “não há lugar” e “não compete à Câmara”.<sup>169</sup> Ficava no ar a dúvida sobre a quem recorrer. A lei de 1832 definiu a situação: “não se concederá mais o título de Sangrador”.

Oficialmente, sobre os sangradores, restava à Câmara registrar os que possuíam carta e reprimir os que não tinham. A julgar pela relação apresentada em 1834, estas devem ter figurado entre as suas menores preocupações. Apenas quatro sangradores constavam na lista dos oficializados.<sup>170</sup> Se considerarmos que na época da Fisicatura-mor, foram concedidas cerca de 125 autorizações para a província do Rio de Janeiro, constatamos que a relação da Câmara estava extremamente incompleta.

Em 1841, ao invés de esperar os terapeutas se registrarem, a Câmara pediu aos seus fiscais e aos juizes de paz que levantassem “moradias”, “nomes” e “profissões” destes

---

<sup>169</sup> Ver código 50-1-5, Sangradores e dentistas, *AGCRJ*.

<sup>170</sup> Código 50-1-6, Sangradores, *AGCRJ*.

em seus respectivos distritos ou freguesias. Foram identificados cinco.<sup>171</sup> Em 1842, foi elaborada uma relação mais completa, no entanto localizamos apenas o seu índice, que não distinguia os ofícios.<sup>172</sup>

A posição social da maior parte dos sangradores influenciava os médicos no sentido de excluí-los do quadro geral dos ‘ramos da arte médica’ que estava começando a se construir naquele momento com primazia dos esculápios acadêmicos. Afinal, verificamos uma relação quase direta entre o ofício de sangrador e escravos e forros, muitos dos quais, africanos.<sup>173</sup> Em Portugal, onde a condição jurídica e a etnia não distinguiam o sangrador dos demais terapeutas, os exames para a habilitação desse ofício só foram extintos em 1870.<sup>174</sup>

Já vimos em outro estudo que os sangradores, em muitas situações, atuavam como curandeiros, fazendo mais do que sangrar. Essa prática, aliás, foi encontrada entre dois grupos étnicos, os Bakongo e os Ovimbundu,<sup>175</sup> trazidos para o centro-sul do Brasil.<sup>176</sup> No entanto, os Bakongo, Ovimbundu e seus descendentes que praticavam ou se submetiam à

---

<sup>171</sup> Códices 46-2-40, Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias (...), 1841; e 46-2-41, Médicos, cirurgiões, boticários e sangradores no 1º distrito de Santa Anna (...), 1841; *AGCRJ*.

<sup>172</sup> Códice 46-2-43, Médicos, cirurgiões, sangradores, boticários, parteiras que registraram seus diplomas na secretaria da câmara municipal, relação de 1842, *AGCRJ*.

<sup>173</sup> Entre os sangradores que requereram, no Brasil, licença ou carta à Fisicatura-mor (1808-1828), 84% eram escravos ou forros (o que corresponde a 164 em 193 pedidos com condição jurídica definida). Destes, 61.7% (ou seja, 101) eram escravos e 38.3% (63), forros. Entre os 173 sangradores com ‘nacionalidade’ definida que requereram licença ou carta à Fisicatura-mor, 61.3% (106 em 173) haviam nascido na África. Tânia Salgado Pimenta, *obra citada*.

<sup>174</sup> Joaquim Barradas, *A arte de sangrar de cirurgiões e barbeiros*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999, p.182.

<sup>175</sup> Sobre os Bakongo, Mary Karasch, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Cia das Letras, 2000, p.354 e Congo, Karl Laman, *The Kongo II*, Uppsala, Almqvist & Wiksells, 1957, pp.60-64. Para os Ovimbundu, Wilfrid Hambly, *The Ovimbundu of Angola*, Chicago, Field Museum of Natural History, 1934, p.282.

<sup>176</sup> Robert Slenes, “The great porpoise-skull strike: Central African water spirits and slave identity in early nineteenth-century Rio de Janeiro”, em Linda Heywood (org.), *Central Africans and cultural transformations in the American diaspora*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, pp.183-208.

sangria percebiam esse recurso terapêutico de modo diferente dos discípulos de Hipócrates e Galeno associando-o, provavelmente, a elementos espirituais.

Não foi de uma hora para outra que os próprios médicos passaram a considerar todos os sangradores uma ameaça à saúde pública, já que a sangria continuava a ser um importante recurso terapêutico do qual os médicos acadêmicos freqüentemente lançavam mão. E para isso não faltariam as sanguessugas “vindas recentemente da Europa”, como se anunciavam nos periódicos, ou criadas em viveiros locais.<sup>177</sup>

Além disso, a figura do sangrador estava longe de representar um consenso para os médicos. A relação entre estes e os barbeiros, como eram vulgarmente chamados, deve ser compreendida à luz das mudanças que estamos analisando. Desde a Idade Média, o ofício de sangrador era considerado inferior, pois constituía um trabalho manual. Portanto, as pessoas que desempenhavam tal atividade, e associavam-se em confrarias, pertenceriam a camadas sociais inferiores. Essa hierarquia pode ser observada no Brasil oitocentista, em que não havia ninguém mais apropriado para desempenhar essa função do que os escravos e os forros. Os médicos medievais, por sua vez, exerciam uma “arte liberal” e eximiam-se de tocar no doente, senão para verificar o pulso.<sup>178</sup> Podemos imaginar, então, a distância que procuravam tomar do sangue de seu cliente. No Brasil do século XIX, essa hierarquia das artes de curar se mantinha.

Ao mesmo tempo em que a sangria representava um ramo menor das artes de curar, era muito importante para a terapêutica acadêmica do período estudado, que se

---

<sup>177</sup> Decreto de 03/03/1836 e ver sessões de vendas do *Jornal do Commercio*, em especial décadas de 1830 a 1850.

<sup>178</sup> Ver Joaquim Barradas, *A arte de sangrar de cirurgiões e barbeiros*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999.

desenvolvia dentro da concepção hipocrática e galênica da estrutura e funcionamento do corpo humano.<sup>179</sup>

Diante dessas considerações, o caminho trilhado pelos médicos buscando excluir os sangradores do quadro oficial das artes de curar torna-se bem mais interessante. Nem as pessoas - escravos, forros, africanos, na maioria - nem o que elas faziam - “sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas” - mudaram. O que estava ocorrendo era uma progressiva organização da corporação médica e a luta desta categoria pelo monopólio das práticas de cura.

As mesmas pessoas que sangravam antes de 1828, com ou sem autorização, continuaram a praticar sua arte nos anos seguintes. Passaram, no entanto, a despertar, nos médicos, desconfianças acerca de suas habilidades. Estes tentavam chamar a atenção das autoridades para o problema do exercício médico sem habilitação. A resposta era esporádica.<sup>180</sup> Como já foi dito, havia outras questões que tomavam muito mais o tempo dos vereadores como os arruamentos, os muros das casas, as casas de bebidas.

Em 1832, a Sociedade de Medicina mandou um ofício ao ministro de Estado dos Negócios do Império solicitando que interviesse junto às autoridades para fazer cumprir efetivamente as leis que existiam sobre os barbeiros, pois acontecia

“serem franca, e impunemente exercidas estas profissões [sangrador e dentista - associados ao ofício de barbeiro] 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

---

<sup>179</sup> Arlette Legibre. “Sangrar e purgar!” em Jacques Le Goff (org.), *As doenças têm história*, Lisboa, Terramar, s/d.

<sup>180</sup> Em 1834, a secretaria d’Estado dos Negócios do Império dirige-se à câmara do Rio para que tomasse medidas contra os abusos da prática das profissões de médico, cirurgião, boticário e parteira sem estarem habilitados pelas faculdades de medicina. Códice 46-2-38, Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura, *AGCRJ*.

desagradáveis, e mui tristes, que se tem feito reparáveis nestes últimos tempos, sem que por ora tenha havido exemplo algum de punição contra os infratores das Leis que existem”.<sup>181</sup>

Dois anos antes, a loja de barbeiro e cabeleireiro da rua detrás do Hospício, 41, anunciava como oferta distinta para agradar ao gosto dos clientes que podia mandar aplicar bichas “por pretos, e homens brancos”.<sup>182</sup>

Na década seguinte, continuava o processo de desqualificação dos sangradores:

“(…) de ordinário estúpidos africanos, que às vezes nem sabem expressar-se, principiam aprendendo a sangrar sobre talos de couves! e depois armados de pontiagudas lancetas, levam o seu ferro, muitas vezes assassino, sobre partes bastante delicadas, entremetendo-se a fazerem as mais difíceis e perigosas sangrias: então, despidos dos mais simples conhecimentos, e com princípios tais, produzem os males de que quotidianamente somos impassíveis espectadores (...)”<sup>183</sup>

Os únicos sangradores que ainda contavam com alguma consideração por parte dos médicos eram os estrangeiros. O projeto de estatutos das Faculdades de Medicina, elaborado pelos professores e levado ao parlamento em março de 1837, previa a chegada de alguns sangradores diplomados no exterior que deveriam validar o seu título e registrá-lo na

---

<sup>181</sup> Códice 50-1-4, Sangradores – requerimentos da SMRJ sobre barbeiros, *AGCRJ*.

<sup>182</sup> 23/07/1830, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>183</sup> Francisco de Paula Costa. *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841, p.17.

Câmara.<sup>184</sup> Os estatutos aprovados em 1854 abordavam o assunto apenas para indicar que deveria ser elaborado um regimento especial, posteriormente.<sup>185</sup>

O fato de o conhecimento sobre a arte da sangria ter sido um pré-requisito para se obter o título de cirurgião, segundo o regimento da Fisicatura-mor, contribuiu para tornar escravos, forros e/ou africanos substituíveis, na medida do possível, por pessoas cujas condições sociais fossem consideradas mais adequadas ao exercício das artes médicas. Como veremos adiante, no caso do hospital da Santa Casa da Misericórdia, os alunos da Faculdade de Medicina passaram a desempenhar a função de sangrar.

Portanto, ainda que sangrar – e sarjar, aplicar ventosas e sanguessugas – fosse fundamental na terapêutica acadêmica (mesmo existindo correntes terapêuticas que condenavam o seu emprego excessivo), as pessoas que tipicamente exerciam esse ofício estavam sendo desqualificadas e desautorizadas – já que não havia mais exames que aferissem a sua competência. Em 1846, depois de 14 anos sem se conceder um diploma de sangrador (desde a lei de três de outubro de 1832), a Câmara decidiu que não deveria mais aceitar registros de sangradores.<sup>186</sup>

Apesar disso, a presença dessas pessoas nas ruas e em lojas de barbeiros era amplamente tolerada pelas autoridades e reconhecida pela sociedade, até porque era comum que, além da sangria, os sangradores (termo que se confunde na documentação com barbeiro) oferecessem suas habilidades em corte de cabelo e barba e com instrumentos musicais.

Assim, independentemente da legislação em vigor e da vontade dos médicos, as atividades dos sangradores, escravos e forros, africanos e seus descendentes, continuavam.

---

<sup>184</sup> 06/03/1837, artigo 164, *CLB*.

<sup>185</sup> Decreto no. 1387 de 28/04/1854, artigo 26, *CLB*.

<sup>186</sup> Códice 50-1-5, Sangradores e dentistas; *AGCRJ*.

Os anúncios de seus serviços não deixaram de ser publicados nos periódicos, assim como os de venda e de aluguel de escravos sangradores/barbeiros e de sanguessugas:

“VENDE-SE um perfeito barbeiro sangrador e dentista de 22 anos de idade, e bom pajem [...] rua do Cano n.227.”<sup>187</sup>

“Bichas. Aplicam-se a 280 réis, das mais superiores que há, no largo do Palacete n.4, em S. Domingos de Niterói, pegado à casa de sapateiro do canto da rua de Cima, e tem tudo quanto pertence ao ofício de barbeiro.”<sup>188</sup>

Analisando o quadro apresentado sobre as parteiras e os sangradores, constatamos que depois da extinção da Fisicatura-mor foram adotadas disposições mais restritivas sobre o exercício das atividades médicas. Tais restrições deveriam ser acompanhadas pela oficialização dos que estivessem em condições, segundo a legislação em vigor. Seriam as parteiras que tivessem cartas expedidas pela Fisicatura-mor, as estrangeiras que validassem os seus títulos na Faculdade de Medicina e as que se formassem aí. No caso dos sangradores, apenas aqueles que tivessem carta da Fisicatura-mor.

Portanto, permanecia algum espaço para essas categorias (para as parteiras mais do que para os sangradores). O que aconteceu, todavia, foi a diminuição do número de pessoas que se mantiveram dentro das determinações legais. Os médicos, cirurgiões e boticários foram em massa registrar os seus títulos na Câmara Municipal. As parteiras e os sangradores, muito poucos.

---

<sup>187</sup> 13/07/1855, *JC*.

<sup>188</sup> 22/09/1855, *JC*.

Os que sangravam e as que partejavam se desinteressaram, ainda mais do que no período anterior, em fazer parte do mundo oficial das artes de curar. E nem se sentiram coagidos a isso. Entre os documentos pesquisados da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, encontramos registros de denúncias e de autuações contra pessoas que diziam ter diplomas sem o ter; que curavam, aplicavam e/ou fabricavam e vendiam remédios sem autorização. O processo encontrado contra uma parteira foi aberto por outra em função da concorrência e não achamos indícios semelhantes a respeito de sangradores.

Assim, apesar do empenho da elite médica para reestruturar a hierarquia das atividades terapêuticas e de suas reclamações devido ao não cumprimento da legislação, as autoridades e o mercado das artes de curar lidavam com essas mudanças com bastante flexibilidade. A tolerância à atuação ilegal dos sangradores era uma forma de conciliar a importância da sangria com a exclusão dos sangradores. A transferência da tarefa de sangrar para pessoas que estavam se inserindo no âmbito da medicina acadêmica, mas ainda ocupavam posições inferiores, como os estudantes da Faculdade de Medicina, era outra.<sup>189</sup> Os curandeiros, como veremos em seguida, constituíam um caso distinto porque foram excluídos dos ofícios legais.

### **Os curandeiros**

Comparando com as mudanças legais relacionadas aos sangradores e às parteiras, a transformação da categoria dos curandeiros foi a mais radical. Não se tratava de redefinir o seu lugar subalterno. Eram concorrentes diretos dos médicos acadêmicos, que os tiraram do mundo oficial das práticas de cura. Legalmente, passaram a não poder indicar, aplicar e/ou vender remédios, no entanto, durante o período estudado, a população em geral não

---

<sup>189</sup> Tópico tratado no capítulo 2.

associava competência terapêutica a um diploma oficial. As pessoas que procuravam assistência médica, durante a época da Fisicatura-mor, não se importavam com o fato de o terapeuta ter ou não licença das autoridades. Também nas últimas décadas da primeira metade do Oitocentos, essa informação parece não ter sido decisiva para a escolha de quem as trataria.

E as pessoas que buscavam algum tipo de tratamento eram fundamentais nessa história. Em função da preferência de boa parte da população, os terapeutas populares não autorizados continuavam a praticar, apesar da ilegalidade. Toda essa propaganda, esse embate pelo exercício terapêutico não teria sentido sem a existência de clientes a tratar. Nos últimos anos, a história social da medicina tem se voltado para os doentes.<sup>190</sup> No Brasil, a dificuldade em se encontrar fontes inibe o aprofundamento do tema, que será apenas levantado aqui, tentando ver a partir do outro lado dos anúncios mais aspectos sobre os curandeiros.

“Pede-se encarecidamente ao Sr. que anunciou por esta folha curar carnosidades, queira declarar a sua moradia por esta folha para ser procurado”.<sup>191</sup>

Muitos não estavam apenas abertos a esse tipo de tratamento, mas à procura dele. Nesse período, os periódicos se tornaram um meio pelo qual os terapeutas divulgavam os seus serviços e os enfermos tentavam atender as suas necessidades.

---

<sup>190</sup> Anne Digby, *Making a medical living – doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994; Mary Fissel, “The disappearance of the patient’s narrative and the invention of hospital medicine” em Roger French e Andrew Wear (eds.), *British medicine in an age of reform*, Nova Iorque e Londres, Routledge, 1991; Roy Porter, *The patient in England, c.1660-c.1880*, em obra citada.

<sup>191</sup> 17/11/1831, *JC*.

“A pessoa que souber curar gente mordida por cachorro danado, com toda a brevidade, queira chegar a rua do Catete n. 108”.<sup>192</sup>

Esses anúncios mostram respostas às propagandas dos curandeiros e evidenciam que eram requisitados por pessoas, ao menos remediadas, já que sabiam ler.<sup>193</sup> Muitas vezes, especificavam quando procuravam tratamento para escravos:

“O SENHOR que anunciou curar bobas a escravos, procure na rua d’Ouvidor n.31 A., para se entregar um ajustando-se o preço da cura”.<sup>194</sup>

Ao escolherem um terapeuta algumas variáveis devem ter sido levadas em consideração, como o preço cobrado, a urgência e as referências (fossem testemunhos de vizinhos, agradecimentos publicados nos periódicos ou títulos acadêmicos e oficiais). Parece ter sido importante também o tipo de moléstia a ser tratada. Os terapeutas populares anunciavam a cura para diversas moléstias como para pernas inchadas, cancos, carbúnculos, moléstias dos olhos, surdez, escrófulas, e ainda faziam nascer cabelo. Porém, há indícios de que determinadas moléstias eram associadas a tratamentos com tais terapeutas. A ‘embriaguez’ ou ‘bebedeira’ (referiam-se ao alcoolismo), por exemplo, era uma dessas doenças.<sup>195</sup>

Um artigo de 1848 do periódico *Arquivo Médico Brasileiro* reconhecia que, na Corte, “a cura da bebedeira é monopólio dos curandeiros”. O próprio autor conheceu alguns

---

<sup>192</sup> 25/09/1832, *JC*.

<sup>193</sup> Os documentos da Fisicatura nos permitem identificar entre os que recorriam aos curandeiros, além das pessoas pobres, aqueles que possuíam uma posição mais privilegiada na sociedade – cf. Tânia Salgado Pimenta, *obra citada*. Para o período posterior, ver Gabriela Sampaio, *obra citada*, que mostra que a elite também procurava os serviços dos curandeiros.

<sup>194</sup> 12/04/1836, *JC*.

<sup>195</sup> Ver anúncios nas pp.30 e 35-37.

desses e, como médico, procurava identificar os ingredientes dos remédios utilizados. A “velha do Castelo” administrava “certa mistura de mijo de gato e de assafetida”. Outro que morava na Prainha “mandava beber infusão de *fedorenta* aos negros dados ao vício da aguardente, e purgava-os depois violentamente com aloes”. Explicava que Martius designou a fedorenta como *chicocca anguifuga* e que, nativa de São Paulo e Minas Gerais, era chamada nessas províncias de *cipó cruz* e *raiz preta*, respectivamente [grifo do original].

O autor se referia ainda a um curandeiro que podia ser encontrado na rua dos Ciganos, “bem no coração da Capital do Império”. Era um “negro de Angola” que havia trazido uma raiz de Minas, com a qual curava os pretos da embriaguez. Em seguida, analisava a aplicação do tratamento e o remédio:

“A dose regula segundo a idade; o curandeiro proíbe expressamente que durante o tratamento o uso do remédio se passe vela acesa por detrás das costas do paciente, e que se lhe dê a comer camarões, sob pena de obstar o feliz resultado da cura. O que há de positivo é que a tintura provoca fortes vertigens, atordoamentos, e alucinações dos sentidos. Será o *stramonium*, ou outra solanea, o que o curandeiro põe em tintura. Não nos há sido possível obter um vidrinho dela para submetê-la à análise; mas pareceu-nos a notícia do fato útil e própria para chegar tarde ou cedo ao conhecimento do remédio, que, ao dizer de muitas pessoas fidedignas, assaz aproveita em curativo dos negros pelo medo, que lhes incute, e pelas dores de cabeça e de coração, que determina.”<sup>196</sup>

---

<sup>196</sup> Abril de 1848, *Archivo Médico Brasileiro*.

A análise do remédio mostra que, apesar de terem se passado duas décadas, continuava a ser relevante estudar os recursos, sobretudo vegetais, dos terapeutas populares. Além disso, o artigo indica os negros, escravos ou forros, como o grupo mais atingido por essa doença. Nesse caso, e presumimos que em muitos outros, havia uma identificação social e étnica entre terapeutas e doentes, cujas concepções de doença e de cura seriam mais próximas tornando o processo terapêutico mais confortável e eficaz.<sup>197</sup>

Somado a isso, escravos e forros não constituíam a fatia de mercado ideal da maior parte dos médicos, a não ser que pretendessem trabalhar em fazendas. E quando os curandeiros dominavam parte do mercado, em que os médicos não conseguiam e/ou não pretendiam invadir nas primeiras décadas depois do monopólio legal, percebemos mais claramente a competição entre os terapeutas não oficializados.

Em 1840, lia-se na sessão de correspondências do *Jornal do Commercio* um relato intitulado “o curandeiro da cachaça desmascarado”. O autor se dizia um observador do remédio que curava alcoolismo, o qual teria feito com que um bêbado trocasse o álcool pelo vício no remédio.<sup>198</sup>

O observador não se colocou como um cliente e provavelmente não era um médico, já que este acusaria de forma mais direta, chamando atenção para a ilegalidade daquele curandeiro. Contudo, podemos citar outro caso bem mais explícito que também diz respeito a uma moléstia associada aos terapeutas populares: a morfêia (que abrangia várias doenças de acordo com a nosologia atual).<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> Mesmo considerando as diferentes etnias africanas, tais concepções estariam mais próximas uma da outra do que de médicos acadêmicos.

<sup>198</sup> 05/03/1840, *JC*.

<sup>199</sup> Podiam ser incluídos em morfêia, outros termos empregados na época como elefantíase, inchações, lepra.

No final de 1849, podia-se acompanhar uma verdadeira disputa entre dois terapeutas que diziam ter um remédio para curar morfêia. A questão girava em torno da venda de uma fórmula secreta que curaria “radicalmente” a moléstia. Não há indícios de que os envolvidos tinham licença para aplicar e vender o medicamento, o que não os intimidava, pois além do endereço, publicavam os nomes:

“ATENÇÃO CURA DA MORFÊIA. D. Maria Luiza de Brito Sanches tendo curado doentes daqui e de fora da cidade em pouco tempo, consta-lhe que outra pessoa se inculca curar morfêia pelo mesmo sistema: declara ser falso, pois só ela possui esse segredo, que comprou a Maria Rosa da Silva; e para que chegue ao conhecimento dos doentes e não aconteçam enganos na cura, faz o seguinte anúncio. Rua do Areal n. 23. Pode ser procurada a qualquer hora do dia.”<sup>200</sup>

A “outra pessoa”, Antônio Ferraz, também atacava e o bate-boca sobre a compra do segredo continuou até, pelo menos, meados de 1850.<sup>201</sup>

Cinco anos depois, os anúncios de tratamento para morfêia ainda podiam ser encontrados, no entanto, estando a Junta instalada, a forma era bem mais discreta. Pedia-se que os interessados anunciassem ou deixassem cartas no escritório do jornal.<sup>202</sup> Nesse contexto, havia até quem advertisse “que não se encarregam de doente sem assistência de um médico”! A princípio, essa nota ao final da propaganda pode parecer sem sentido, já que está fora dos padrões encontrados para os anúncios. No entanto, ao menos duas explicações podem ser aventadas para o aviso. Ou trata-se de um artifício, em que se

---

<sup>200</sup> 13/12/1849, *JC*.

<sup>201</sup> 14/11/1849; 15/12/1849; 31/04/1850; 07 e 08/05/1850, *JC*.

<sup>202</sup> 01 e 15/08/1855, *JC*.

incorpora o discurso oficial admitindo-se, na aparência, a posição subalterna do curandeiro, a fim de não atrair a atenção da fiscalização. Ou trata-se de um exemplo da associação entre terapeutas e saberes populares e terapeutas e conhecimentos acadêmicos. Haveria, então, mais do que a troca de saberes e conhecimentos, a possibilidade de trabalharem juntos, assim como acontecia, muitas vezes, com médicos e parteiras.<sup>203</sup>

A ligação entre uma determinada moléstia, como a morfêia, e um tipo específico de terapeuta era percebida pelas autoridades, que explicavam a situação desqualificando os terapeutas não oficializados:

“É um fato, Exmo.Sr., reconhecido por todos os práticos familiarizados com a observação clínica, que a morfêia é uma daquelas enfermidades que melhor se presta à especulação e embuste desses impostores que se gabam de a curar, pela facilidade com que seus sintomas a modificam quase sempre para melhor no começo de qualquer tratamento ainda o mais banal, para depois de um período mais ou menos longo recrudescer com incrível intensidade, e de novo minorar sob a influencia de novos meios de ação muito diversa [...]”<sup>204</sup>

Pereira Rego foi quem escreveu esse parecer solicitado pelo Ministério do Império. O tema era o contrato firmado entre o presidente da província de Alagoas e o curandeiro Manoel Borges de Mendonça para curar morféticos.<sup>205</sup> Em sua opinião,

---

<sup>203</sup> 02/09/1855, *JC*.

<sup>204</sup> 04/07/1854, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>205</sup> 27/06/1854, códigos 8-2-11, Higiene Pública: Atas; e 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

aprovada pela Junta, os termos do contrato podiam ser prejudiciais aos cofres públicos, contudo ponderava que:

“O mal é tão grande e tão hediondo que a Junta pensa que seria digno das benções e do respeito da humanidade todo aquele que possuísse o meio de o extirpar e que se constituiriam criminosos de lesa humanidade e dignos da execração pública aqueles homens que, podendo alcançar a vulgarização desse meio fossem quais fossem os sacrificios indispensáveis, e não procurassem levar a efeito”.

Considerando o empenho da Junta para tornar efetivo o monopólio médico e os outros pareceres emitidos, inferimos que Pereira Rego recorreu a uma boa dose de cinismo para lidar com o assunto. Porém, não deixou de alertar a administração pública para que não se deixasse “iludir por aqueles que procuram especular em tudo, e que os homens da ciência, em matérias deste gênero se não deixem fascinar por melhoramentos aparentes, e que firmem o seu juízo em fatos positivos e exatos”.

Concluía com a proposta de que lhe facultassem “os meios necessários [para levar] a efeito suas experiências” e concedessem “um prêmio grande ao curandeiro Borges de Mendonça, se por ventura ele apresentasse alguns morféticos, como tais reconhecidos pelos homens profissionais, perfeitamente curados.”<sup>206</sup>

Sobressai, em sua longa resposta ao Ministério, a ausência de questionamento da legalidade do contrato e de um requerimento que indicasse punição a alguém que curava sem estar legalmente autorizado. É possível que a tolerância estivesse ligada a relações pessoais do próprio curandeiro, talvez advindas do reconhecimento social obtido através de

---

<sup>206</sup> 04/07/1854, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

sua prática, que o favoreceriam nessa situação. Note-se também que, por trás do provável cinismo, estava o reconhecimento, por parte do órgão oficial, da impossibilidade de se impor o monopólio legal dos médicos da arte de curar.

### **“Substâncias indígenas”**

Desde o século XVI, a flora atraía a atenção dos exploradores europeus e, ao longo do Setecentos, várias farmacopéias foram publicadas incluindo “espécimes brasílicos”.<sup>207</sup> Observa-se, naquele período, o uso das plantas nativas pela população, incluindo os terapeutas populares, e por médicos e boticários atentos às propriedades medicinais de certos vegetais. Porém, como aponta Vera Marques, no nível discursivo, os saberes indígenas eram usualmente descredenciados.<sup>208</sup> Percebemos, então, importantes mudanças na forma como os agentes oficiais das práticas de curar se relacionavam com os terapeutas populares que detinham esses conhecimentos.

Enquanto, no século XVIII, havia uma desvalorização dos saberes nativos sobre plantas medicinais, nas primeiras décadas do Oitocentos, tais conhecimentos passaram a ser valorizados, justificando o reconhecimento oficial das pessoas que os detinham. Durante a existência da Fisicatura-mor, o conhecimento de tais plantas era um dos requisitos para alguém conseguir uma licença de curandeiro, que lhe dava o direito apenas de tratar das doenças que mais atingiam a população do local onde se pretendia trabalhar. As coisas não se passavam desse modo, embora fosse esse o discurso dos médicos, em geral, e do governo. Tentava-se, por um lado, justificar a oficialização dos curandeiros com o argumento depreciativo de que constituíam a única opção de determinada comunidade (e,

---

<sup>207</sup> Vera Marques, *Natureza em boiões – medicina e boticários no Brasil setecentista*, Campinas, Editora da UNICAMP, 1999.

<sup>208</sup> Vera Marques, *obra citada*, p.70.

às vezes, os próprios adotavam esse discurso para obter a licença), porém, por outro lado, considerava-se legítimo o seu saber sobre as plantas medicinais nativas.

A partir do final da década de 1820, as informações sobre os usos medicinais da flora brasileira continuavam a ser importantes para a medicina acadêmica, contudo, deveriam ser postos em prática pelos legítimos representantes desta. Depois de 1832, os médicos acadêmicos passaram a deter o monopólio legal da arte de curar. Alguns dos terapeutas que antes se encaixavam na categoria de curandeiro, segundo a definição adotada pela Fisicatura-mor, assim como os comerciantes que lidavam com medicamentos, como fortificantes e purgantes, encontraram na venda de remédios um mercado em expansão.

Aliás, a falta de poder dos médicos para impor às autoridades uma fiscalização mais intensa sobre esse comércio facilitava as atividades de terapeutas não autorizados e a automedicação.<sup>209</sup> Muitas das plantas medicinais tradicionalmente usadas pela população podiam ser obtidas em qualquer mato mais próximo e outras substâncias, utilizadas tanto pela medicina acadêmica quanto pela popular,<sup>210</sup> estavam à venda em vários lugares – como já foi dito, de lojas de ferragens, de secos e molhados e boticas.

Consciente do uso de substâncias que faziam parte do arsenal terapêutico de todas as camadas da sociedade – saber adquirido por terapeutas populares e/ou no âmbito doméstico –, a Sociedade de Medicina, logo após a sua instalação, em 1830, mandou publicar no *Jornal do Commercio* um apelo para que as pessoas que tivessem “notícia de remédios de qualquer natureza, empregados vulgarmente hajam de remeter-lhe algumas

---

<sup>209</sup> Situação semelhante analisada em Luz Maria H. Sáenz, *Learning to heal*, p. 248.

<sup>210</sup> Vera Marques, *obra citada*, ver p.211.

amostras a fim de que ela proceda ao necessário exame para verificação das virtudes, que se lhes atribuem”. Contavam com o “patriotismo de todos os Brasileiros, que se interessam pela independência de sua Pátria a este respeito”.<sup>211</sup> Na pauta da reunião de 14 de abril de 1835, constava uma discussão sobre as “virtudes de qualquer medicamento indígena”.<sup>212</sup>

A perspectiva dos médicos ligados à Academia era a de que o conhecimento das plantas medicinais nativas poderia dispensar o uso de plantas e remédios importados da Europa. Como mostrou Lorelai Kury em seu trabalho focado na Academia Imperial de Medicina, nesse período, a medicina procurava, por meio da ciência, minimizar as características consideradas negativas do clima tropical e aproveitar os aspectos positivos da natureza.<sup>213</sup>

Dez anos depois da publicação no jornal, um discurso, escrito a propósito do falecimento de um farmacêutico, nos permite constatar que o interesse e a valorização do conhecimento sobre plantas medicinais nativas permaneceu. Em nome da Academia Imperial de Medicina, o dr. De Simoni realçava, entre as qualidades do finado, o amplo uso que este fazia de “remédios indígenas” em preparações medicinais e purgativas.<sup>214</sup>

A valorização de remédios constituídos por vegetais nativos era bastante evidente em vários anúncios analisados. Antes oficialmente associadas aos curandeiros, as propagandas acerca da utilização dessas substâncias ilustram o interesse não só por parte de médicos acadêmicos, como também de comerciantes de medicamentos e do público em geral que os consumia. Assim, encontramos, com certa frequência, propagandas como a do

---

<sup>211</sup> 12/05/1830, *JC*.

<sup>212</sup> 14/04/1835, *JC*.

<sup>213</sup> *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, dissertação de mestrado, UFF, 1990.

<sup>214</sup> 10/10/1840, *JC*.

dr. Gamard, “médico da casa de saúde, rua do Valongo n.38” que se dirigia ao “respeitável público” para informar que havia descoberto

“algumas plantas indígenas nas quais, depois de experimentadas, reconheceu propriedades para facilitar, pelo modo mais pronto e eficaz, a cura do morfêia, [...] vulgarmente chamada erisipela das pernas; sercocele, hidropisia dos escrotos; estreitamento do útero, chagas na madre, etc. Todas estas curas se operam sem o emprego dos meios cirúrgicos, que em tais casos se costumam usar”.<sup>215</sup>

Além do interesse de médicos por plantas medicinais indígenas, a idéia de que os remédios feitos com tais ervas eram mais próprios para tratar de doenças típicas de nosso clima permeava boa parte da sociedade. Muitos usavam esse dado como argumento para atrair e convencer o público da eficácia do medicamento, valorizando também os saberes indígenas.

“Xarope de yaguira-caa dos índios [...] para cura infalível de toda e qualquer febre, por mais longa e rebelde que seja, hidropisias, asma, catarro crônico, diarréia, disenteria, flores brancas, bexigas e sarampos. É sabido que os índios, ainda selvagens, nestes belos e imensos matos do Brasil, têm perfeito conhecimento de vários símplices dos mais prontos e variados efeitos, resolvendo muitas vezes males irremediáveis pela nossa própria medicina”.<sup>216</sup>

---

<sup>215</sup> 26/05/1835, *JC*.

<sup>216</sup> Ver 04/01/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

Quando se tratava de um “remédio infalível contra toda a qualidade de moléstias curáveis”, o anúncio merecia uma página inteira. Este era o caso da tintura de “Turbit Brasileiro”, feito à base de raízes de duas plantas cultivadas pelos índios das Missões, cuja receita fora obtida pelos jesuítas.<sup>217</sup> De acordo com outra propaganda, a “Panacéia Brasileira” também era elaborada a partir do conhecimento dos índios sobre as ervas e a forma de utilizá-las. Apresentada por um farmacêutico, a fórmula havia sido aprovada por membros da Academia Imperial de Medicina: Dr. Luiz Carlos da Fonseca, Antonio Ildefonso Gomes e João Paulo da Silva Ferreira.<sup>218</sup>

Um outro anúncio divulgava a comprovação das qualidades terapêuticas de uma “erva chamada Picos da Praia”, encontrada em Nova Friburgo. A erva trataria as pessoas acometidas por uma moléstia que estava se espalhando ao norte da província, chamada “peste de Macacú”.<sup>219</sup>

Os professores da Faculdade de Medicina, muitos dos quais faziam parte da Academia, também demonstravam interesse pelo tema de remédios baseados em plantas nativas. E, de fato, alguns artigos do projeto de estatutos para a Faculdade, oferecido ao governo em 1837 pelo diretor Domingos R. dos Guimarães Peixoto, tratavam da atenção que se pretendia dar ao assunto na formação dos futuros médicos. O artigo 87 previa que existisse na Escola

“a coleção completa das obras dos naturalistas, tanto nacionais, como estrangeiros, que tiverem viajado o Brasil, a fim de se poder fazer nas diversas Províncias, mediante o Governo, a conveniente aquisição de

---

<sup>217</sup> 17/02/1832, *JC*.

<sup>218</sup> 20 e 21/01/1840, *JC*.

<sup>219</sup> 02/05/1835, *JC*.

*medicamentos indígenas*, e mais objetos de História Natural, que interessantes forem ao ensino” [grifo meu].

O tema aparecia no projeto, novamente, em mais dois artigos:

Art.91: “Os Lentes de clínica darão todos os anos uma memória, contendo” [...] “o resultado de suas observações Therapeuticas, mormente obtidos pela aplicação de *medicamentos indígenas*, a cujos ensaios são obrigados por estes estatutos; para o que a Faculdade solicitará do Governo a aquisição dos mesmos”.

Art.198: “A Faculdade dará por escrito ao Médico, que viajar à custa do Estado, na forma das condições publicadas” [...] “convindo empregar uma parte dessa viagem no lugar do Brasil, que lhe for designado, com a obrigação de remeter para o Gabinete de Historia Natural as espécies de *substancias medicinais de notável préstimo*, que possam haver, e mais objetos correspondentes,”.<sup>220</sup> [grifo meu]

O projeto, feito pelos próprios professores, indica a atenção dedicada ao assunto. Os novos estatutos das Escolas de Medicina foram publicados apenas em 1854. Embora suprimisse a pesquisa sobre o assunto, tratava de forma mais objetiva o ensino do uso das plantas medicinais nativas.

Art.103: “O Lente de Botânica fará herborizações em dias designados anteriormente, acompanhado dos estudantes de sua aula; fazendo

---

<sup>220</sup> 06/03/1837, manda observar o projeto de estatutos para a Escola de Medicina da Corte, oferecido pelo respectivo Diretor (Domingos R. dos Guimarães Peixoto de 1832 a 1839), com alterações. *CLB*.

recolher ao herbário da Faculdade todas as plantas importantes à Matéria médica brasileira, com os esclarecimentos que julgar necessários”.

Art.104: “Todos os Lentes e particularmente os de Medicina legal, Matéria médica, e Higiene, farão, em suas lições, aplicação especial ao Brasil das doutrinas que ensinarem.

O de Matéria médica deverá, além disto, apresentar os medicamentos indígenas que possam suprir os exóticos, ou ser-lhes com razão preferidos”.<sup>221</sup>

Portanto, além da valorização de substâncias nativas, havia um enaltecimento de saberes terapêuticos indígenas, que se disseminavam por várias camadas da sociedade. Além dos próprios terapeutas populares, os médicos com formação acadêmica e os boticários prescreviam e promoviam a venda de medicamentos baseados nas plantas brasileiras. Um outro aspecto que não passa despercebido é que, assim como hoje, as pessoas, em geral, tentavam manter e restabelecer a saúde através da automedicação ou de conselhos de leigos.<sup>222</sup> Alguns anúncios apontam para esta prática e outros estimulavam o uso de remédios, nacionais ou importados, vendidos com folhetos explicativos.

“Como há infinitas pessoas nesta Corte, que tomam com muita fé as purgas da nova descoberta, d’abóbora do mato (assim chamada) participa-se às mesmas pessoas, que na rua da Cadeia n.34, botica nova, se fazem pílulas do extrato da mesma planta, as quais se pode as tomar com menos repugnância,

---

<sup>221</sup> Decreto n.1387 de 28/04/1854, dá novos estatutos às Escolas de Medicina. *CLB*.

<sup>222</sup> Roy Porter, “The patient in England, c.1660-c.1880” em Andrew Wear (ed.), *Medicine in society – historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

e melhores efeitos, o que já tem sido experimento por algumas das ditas pessoas”.<sup>223</sup>

O médico e vereador Torres Homem mostrava preocupação com a prescrição de medicamentos por pessoas não habilitadas, porém o fato é que os anunciantes iam ao encontro da predisposição das pessoas em se automedicarem, em tentar tratar ou prevenir problemas, em geral ou a princípio, não muito graves, por sua conta. A partir de suas concepções de doença e cura, interpretavam os desconfortos e sinais de seu próprio corpo, optando pelo tratamento lhes parecesse mais adequado.

Apesar de fundamental na formação da profissão médica, poucos trabalhos sobre história da medicina no Brasil se dedicam à primeira metade do Oitocentos.<sup>224</sup> Observamos, nesse período, uma redefinição do que seriam práticas legítimas perante o governo. As mudanças na regulamentação são evidentes. Com a organização dos médicos acadêmicos em torno das Academias/Faculdades, Sociedade e periódicos, estes foram pressionando por tais transformações no sentido de monopolizar a prática médica. Os curandeiros e os sangradores foram desautorizados, excluídos do conjunto de atividades legais. As parteiras tiveram as suas atividades apropriadas, que serviram à expansão do mercado para os médicos, e foram desqualificadas numa posição subalterna.

O quadro acima sintetiza o processo de hegemonia dos médicos, porém privilegia a análise a partir das ações desse grupo. Além disso, escamoteia a sua heterogeneidade, já

---

<sup>223</sup> 14/01/1828, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>224</sup> Podemos citar o de Luiz Otávio Ferreira sobre o periodismo médico e o de Lorelai Kury sobre a Academia Imperial de Medicina.

que havia aqueles que se relacionavam de modo menos conflitante com os terapeutas não autorizados.

Ao longo do capítulo, procuramos atentar também para como os terapeutas populares se posicionaram sobre as novas determinações. Vimos que, mesmo quando havia espaço para se legalizarem, a maior parte não se interessou em entrar para o mundo oficial das curas. O que não quer dizer que não houvesse contato. Conhecimentos acadêmicos eram aproveitados pelos não autorizados e vice-versa.

Mesmo na ilegalidade, continuaram a exercer os seus ofícios e, muitos, usavam um novo recurso para divulgar os seus serviços: a sessão de anúncios dos periódicos. Nesse espaço, suas propagandas se misturavam com as dos terapeutas autorizados e de outros mais ligados à parte comercial, em expansão com a venda de remédios. Muitas vezes, o primeiro contato com os clientes era feito através dos jornais. A princípio, essa situação pode parecer contraditória, pois as pessoas que não poderiam exercer atividades terapêuticas ou vender remédios anunciavam que faziam justamente isso. Contudo, como vimos ao longo do capítulo, o comportamento que não se ajustava às práticas relativas às doenças e às terapias escolhidas por boa parte da sociedade era o da elite médica. Ao tentar excluir os terapeutas não acadêmicos do quadro oficial das artes de curar, os esculápios iam de encontro ao costume de se recorrer aos primeiros.

Junto com o respaldo popular, talvez a quantidade de anúncios provocasse a sensação em cada terapeuta não oficializado de que não estava chamando muita atenção das autoridades para si. Ademais, era visível a todos a dificuldade em se cumprir a legislação que restringia o exercício das práticas terapêuticas. Ao analisar esse quadro, devemos considerar, além o caráter conflituoso da relação terapeutas acadêmicos/ terapeutas não acadêmicos, a aproximação que havia entre as terapias usadas por cada grupo. Os

conhecimentos de ambos circulavam fosse através da prática de sangria, fosse pelo emprego de plantas medicinais nativas. Não só a população, como também muitos médicos tinham consciência de que a medicina acadêmica não oferecia um arsenal terapêutico, cuja eficiência a destacasse das demais. As práticas não acadêmicas de cura continuaram a ser procuradas pela população a despeito dos esforços de parte dos médicos.<sup>225</sup>

Apesar do reconhecimento de que as medicinas acadêmica e populares não constituíam dois pólos isolados das artes de curar, a elite médica se empenhava em restringir as atividades dos terapeutas não acadêmicos. Porém, é interessante constatar que, enquanto a legislação caminhava para o monopólio destes, os mecanismos para efetivá-lo pareciam andar para o lado oposto. Essas questões eram diluídas entre as inúmeras funções da Câmara Municipal, que tendia a tolerar as práticas não autorizadas. A situação incomodava tanto que houve quem lamentasse, em 1849, a extinção da Fisicatura-mor:

(...) “o charlatanismo tem quase sempre arrostado diante de si as autoridades” (...) “a medicina desde a abolição da fisicatura mor, tribunal que, apesar de seus defeitos (que se podiam remediar), muitos benefícios prestava à medicina, tem se conservado acéfala, de sorte que qualquer não só é médico de si mesmo, como do público” (...).<sup>226</sup>

Apenas na segunda metade do Oitocentos, com a criação da Junta de Higiene, houve uma fiscalização mais intensa e um diálogo mais direto com as autoridades

---

<sup>225</sup> A França do século XIX apresentava um quadro semelhante que foi descrito e analisado por Jacques Leonard em *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992.

<sup>226</sup> Tobias Rabello Leite, *Breves considerações acerca da polícia sanitária*, tese apresentada à FMRJ em dezembro de 1849.

competentes pela execução e julgamento dos processos. Mesmo assim, ainda estavam longe de efetivar o monopólio.

Essas transformações no exercício das artes de curar na sociedade carioca merecem ser estudadas no âmbito de um hospital, cuja importância para o desenvolvimento da supremacia da medicina acadêmica tem sido demonstrada pela historiografia internacional. A seguir, o nosso estudo focalizará tais mudanças no hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.



## CAPÍTULO 2

# O HOSPITAL DA SANTA CASA E A INSERÇÃO DOS MÉDICOS EM SEU COTIDIANO

Grande parte dos estudos sobre história da medicina no Brasil privilegia períodos da segunda metade do século XIX em diante. Tal interesse se justifica, em parte, pelas questões suscitadas com a mudança no paradigma miasmático para o microbiano. Contudo, como temos visto, a primeira metade do Oitocentos também assistiu a grandes transformações, que diziam respeito às relações entre os grupos envolvidos nas práticas de cura.

Este período foi muito importante no processo de institucionalização da medicina no Brasil, que ocorreu, sobretudo, com a organização dos médicos em torno da Faculdade de Medicina, da Academia Imperial, dos periódicos especializados e dos hospitais.<sup>1</sup> Nesse contexto, o Estado teve um papel importante: a Academia Médico-Cirúrgica/Faculdade de Medicina, a Academia Imperial de Medicina e os periódicos especializados ligados a esta foram fundados e/ou mantidos pelo governo. No entanto, essa presença esteve muito aquém da almejada pelos médicos. Os problemas sanitários e de fiscalização do exercício médico eram, na prática, considerados secundários por um governo às voltas com as dificuldades de consolidação do Estado nacional e de submeter o poder privado dos senhores ao domínio da lei.<sup>2</sup>

Nesse contexto de tantas transformações no exercício das artes de curar, analisadas no ambiente mais amplo da sociedade, torna-se interessante estudar como essas mudanças

---

<sup>1</sup> Ver Flávio Edler, “A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico”, *Asclépio*, v.L, 2, 1998. Sobre os periódicos médicos: Luiz Otávio Ferreira, *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*, tese de doutorado, USP, 1996; Lorelai Kury, *O Império dos miasmas: A Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, dissertação de mestrado, UFF, 1991.

<sup>2</sup> Situação semelhante à verificada no México: ver Josefina Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Cruz Roja Mexicana, tomo 2, 1991, pp.318-29.

se processaram no hospital – um ambiente mais restrito e controlável. A historiografia europeia o tem apontado como um espaço fundamental no processo de reorganização da formação e do conhecimento médicos. Foucault identificou essa transformação na França na segunda metade do século XVIII,<sup>3</sup> embora outros autores mais recentes tenham reconhecido tais modificações em períodos anteriores em pontos específicos da Europa.<sup>4</sup>

No Brasil, esse tema não tem sido contemplado com muitas pesquisas. No caso do Rio de Janeiro, até 1850, existiam os seguintes hospitais: Militar, da Marinha (ambos diretamente submetidos ao governo), da Santa Casa da Misericórdia e dos Lázaros. As ordens religiosas também mantinham um serviço de assistência aos enfermos como a Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, a dos Mínimos de São Francisco de Paula, a do Carmo, a de Santo Antonio e a das Carmelitas. Além disso, foram aparecendo, nesse período, várias casas de saúde – algumas para qualquer tipo de enfermidade, outras especializadas.<sup>5</sup>

Para o nosso estudo, escolhemos o principal hospital da capital do Império do Brasil: o da Santa Casa da Misericórdia. A importância deste estabelecimento estava relacionada não só ao número de doentes atendidos (ao contrário das outras irmandades, a assistência oferecida pela Misericórdia não era restrita a seus membros), como também à associação entre este hospital e a Faculdade de Medicina.

---

<sup>3</sup> Michel Foucault, “O nascimento do hospital”, *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 2002.

<sup>4</sup> Ver Lindsay Grandshaw, “The rise of the modern hospital in Britain”, em Andrew Wear (ed.) *Medicine in society – historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

<sup>5</sup> Achilles de Araújo, *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*, Rio de Janeiro, MEC, 1982; Domingos M. de A. Americano, *Memória sobre o estado actual das instituições médicas de França, Prússia e Gram Bretanha*, 1845.

Vários estudos recentes sobre diversas Santas Casas do império português têm contribuído para o conhecimento a respeito dessa instituição.<sup>6</sup> Contudo, especificamente sobre o estabelecimento do Rio de Janeiro – e mesmo sobre outros hospitais no século XIX –, contamos apenas com alguns memorialistas. Em outros contextos, no entanto, este tema tem sido privilegiado em vários estudos de história social da medicina, que têm enfatizado mais a análise das práticas médicas do que a das teorias médicas.<sup>7</sup> Muitos se destacam pela pesquisa empírica baseada num amplo leque de fontes – desde registros hospitalares, relatórios e jornais até cartas e diários pessoais, produzidos em bem menor número na nossa cultura católica.<sup>8</sup>

Uma das principais questões em vários desses trabalhos, que partem dos estudos de Foucault, tem sido a mudança do objetivo do hospital: da caridade para o tratamento.<sup>9</sup> Um desdobramento dessa questão é o interesse pelas mudanças na relação médico–

---

<sup>6</sup> Isabel Sá, *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800*, Lisboa, Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, 1997; Laurinda Abreu, *Memórias da alma e do corpo – a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Viseu, Palimage Editores, 1999; A. J. Russell-Wood, *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*, Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1981; Luciana Gandelman, *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento das órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca. 1739-1830)*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 2001; Mariana de Melo, *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1822)*, dissertação de mestrado, PUC-RJ, 1997; Laima Mesgravis, *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)*, São Paulo, Conselho Estadual de Cultura, 1976.

<sup>7</sup> Elisabeth Fee, “The social history of the hospital: from charity care to the management of medicine: a review essay”, *Radical History Review*, 28-30, 1984; Andrew Wear, *Medicine in society – historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992; Josefina Muriel, *obra citada*.

<sup>8</sup> Antonio Manuel Hespanha, *Às vésperas do Leviathan*, Coimbra, Almedina, 1994, p.451; Stuart Schwartz, *Burocracia e sociedade no Brasil colonial: a suprema corte da Bahia e seus juizes (1609-1751)*, São Paulo, Perspectiva, 1979, p.xiii, p.115 e seguintes.

<sup>9</sup> Ver Jonathan Barry e Colin Jones (eds.), *Medicine and charity before the welfare state*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1991; John Frangos, *From housing the poor to healing the sick – the changing institution of Paris hospitals under the Old Regime and Revolution*, Cranbury/Londres/Mississauga, Associated University Presses, 1997.

doente.<sup>10</sup> Além disso, há a preocupação em se analisar o processo de deslocamento da posição periférica para central, que o hospital passou a ocupar no ensino e na prática médica, dentro da especificidade de cada contexto.<sup>11</sup>

A pequena produção historiográfica sobre o assunto no Brasil decorre, em parte, da dificuldade em se obter fontes, sobretudo, porque a maioria dos documentos se perdeu com o tempo e/ou em função das restrições de acesso aos que restaram.<sup>12</sup> Ainda assim, as fontes são mais esparsas sobre os tratamentos domésticos – quer tenham sido feitos pelo próprio doente, familiares, vizinhos ou outros terapeutas –, que era a forma como a maior parte das pessoas enfermas se tratava.

Mesmo que a procura por atendimento hospitalar tenha sido (e continue sendo) feita por uma pequena parcela entre os indivíduos enfermos, nesse espaço temos acesso a dados que indicam quem eram essas pessoas e que ajudam a perceber as transformações na relação entre estes e os terapeutas, cada vez mais acadêmicos. Ao analisar as poucas informações sobre os enfermos internados, tentamos reconhecer os motivos pelos quais e os modos como essas pessoas recorriam à caridade, considerando que talvez possam ter diferido dos objetivos de quem a oferecia. A identificação dos grupos que participavam do dia a dia do principal hospital da época e a análise das relações entre si podem contribuir para entendermos as mudanças no campo das práticas de cura.

---

<sup>10</sup> Roy Porter, “The patient’s view – doing medical history from below”, *Theory and Society*, 14, 1985; Guenter Risse e John Warner, “Reconstructing clinical activities: patient records in medical history”, *Social History of Medicine*, 1992; Lindsay Wilson, *Women and medicine in the French Enlightenment – the debate over ‘maladies des femmes’*, Baltimore e Londres, The John Hopkins University Press, 1993.

<sup>11</sup> Alguns trabalhos sobre o hospital em várias regiões da Europa defendem que o seu desenvolvimento num espaço para tratar os doentes, pesquisar e ensinar ocorreu em períodos anteriores ao apontado por Foucault e Ackerknecht. Ver Lindsay Granshaw, *obra citada*.

<sup>12</sup> Sobre o assunto, ver Claudio Bertolli Filho, “Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade”. *Manguinhos*, v.III (1), 1996. No caso do ASCMRJ, por exemplo, o acesso é restrito e o acervo não é tratado (muitos documentos do século XVIII e até do século XIX estão se perdendo rapidamente), nem catalogado.

A relação entre o governo e o hospital da Misericórdia se modificava ao longo do tempo, dependendo dos grupos que detinham o poder em cada espaço, da presença dos médicos acadêmicos nas enfermarias da Santa Casa, da necessidade de atendimento hospitalar a levas de imigrantes, de marinheiros, africanos livres e de ameaças mais concretas de epidemias.

Assim, neste capítulo, pretendo analisar qual foi o papel desse hospital no processo de organização dos médicos e de institucionalização da medicina. Ao mesmo tempo em que era transformado, ajudava a definir novas regras, hierarquias e funções. Torna-se interessante pensar sobre como ele tomou parte no processo de definição do tipo de assistência médica oferecida em meados do XIX – quem garantia essa assistência, a quem e através de quem; mostrar como a administração – religiosa e leiga – interagiu com um número cada vez maior de médicos e com o governo, que interferia cada vez mais no seu cotidiano; como o hospital, mantido basicamente pela caridade privada, foi se moldando em função dessa interação.

Para analisarmos as mudanças observadas no hospital é interessante termos uma noção sobre como foi instituído. Administrado pela irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia, o hospital, fundado em 1582,<sup>13</sup> fazia parte do conjunto de obras da misericórdia que a irmandade se propunha a fazer.<sup>14</sup> Tais obras estão dispostas no

---

<sup>13</sup> “Relatório do estado dos três pios estabelecimentos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) apresentado no ato da posse da nova Mesa pelo Provedor reeleito Illmo. Sr. José Clemente Pereira” de 25/07/1840. Atas, *Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (ASCMRJ)*.

<sup>14</sup> As obras da misericórdia eram divididas em sete espirituais (ensinar os simples; dar bom conselho a quem o pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes desconsolados; perdoar a quem nos errou; sofrer as injúrias com paciência; rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos) e sete corporais (remir os cativos e visitar os presos; curar os enfermos; cobrir os nus; dar

compromisso da Misericórdia de Lisboa (a primeira a ser fundada), publicado em 1516 e que foi sendo seguido, em linhas gerais, pelas Santas Casas que foram sendo criadas.

A irmandade, fundada por frei Miguel de Contreiras, foi instalada em 15 de agosto de 1498, sob proteção de D. Leonor, irmã de D. Manoel.<sup>15</sup> Segundo o memorialista Felix Ferreira, a Santa Casa do Rio de Janeiro foi fundada em 1545 e o seu alvará de privilégios expedido em 1605.<sup>16</sup>

Desde os seus primórdios as Misericórdias se destacaram pelos privilégios concedidos pela Coroa que podiam ser vantagens econômicas e sociais para os componentes da Mesa, condições preferenciais para as atividades de assistência ou privilégios quanto à angariação de recursos.<sup>17</sup> No Rio de Janeiro, a Santa Casa tinha direito, entre vários outros privilégios que variaram ao longo do tempo, à parte do imposto sobre miunças.<sup>18</sup>

Dessa forma, as elites locais eram atraídas a fazer parte da Santa Casa de sua cidade.<sup>19</sup> Ainda que os privilégios concedidos pela Coroa não representassem a maior parte da renda da instituição, a proteção real inspirava confiança para que muitos deixassem sob responsabilidade da Misericórdia, os seus legados em benefício de suas almas.<sup>20</sup> Daí provinha a maior parte de seu patrimônio.<sup>21</sup>

A partir do estudo de Charles Boxer apontando para a importância das Misericórdias no Império português, outros autores têm direcionado as suas pesquisas para

---

de comer aos famintos; dar de beber a quem tem sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os mortos). Sá, *obra citada*, p.105

<sup>15</sup> Felix Ferreira, *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense*, Rio de Janeiro, 1894-98, p.16.

<sup>16</sup> Felix Ferreira, *obra citada*, pp.115-6.

<sup>17</sup> Sá, *obra citada*, p.63.

<sup>18</sup> De acordo com Felix Ferreira, “dízimas de miunças são coisas miúdas que se pagam de frangos, leitões, ovos, etc”. *Obra citada*, p.213.

<sup>19</sup> Sá, *obra citada*, p.257.

<sup>20</sup> Felix Ferreira, *obra citada*, p.81

<sup>21</sup> Sá, *obra citada*, p.70.

a análise do processo de expansão das Misericórdias nos territórios do continente, ilhas atlânticas e territórios asiáticos e americanos.<sup>22</sup> Sob proteção régia e semelhantes entre si, as Misericórdias facilitavam “o diálogo entre o poder local e o rei”.<sup>23</sup> Embora não haja estudos específicos sobre a relação entre os governos central e local e a Santa Casa do Rio de Janeiro, é provável que tal relação tenha se tornado mais íntima com a vinda da família real para a cidade.

Após a independência, a ligação entre a Santa Casa e a Coroa evidenciava-se com a eleição de alguns provedores. Foi o caso do dr. Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto, médico do Paço e amigo do Imperador, enquanto era cirurgião-mor entre 1824 e 1827 e lente da Academia Médico-Cirúrgica (após sua transformação em Faculdade, seria o primeiro diretor – 1833-39).<sup>24</sup> Também durante o período da provedoria de José Clemente Pereira, entre 1838 e 1854, prevaleceu um bom entendimento entre a instituição presidida pelo ex-ministro do governo e a Coroa.

Em seu estudo comparativo entre as Misericórdias de Lisboa, dos Açores, da Índia e da Bahia entre os séculos XVI e XVIII, Isabel Sá defende que uma das funções das Santas Casas estabelecidas em territórios coloniais seria constituir-se em “referência comum para todos os indivíduos de origem portuguesa”, criando “um fator de identificação com os territórios coloniais”.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Charles Boxer, *O império marítimo português 1415-1825*, São Paulo, Companhia das Letras, 2002, p.286; Sá, *obra citada*, p.49; Abreu, *obra citada*.

<sup>23</sup> Sá, *obra citada*, p.59.

<sup>24</sup> Em 1825, foi “ao que parece mui propositalmente escolhido para impedir que a Misericórdia cumprisse com o seu dever para com uns presos políticos que iam ser condenados à morte”. Felix Ferreira, *obra citada*, pp.286-7. Entre as obras de caridade da Santa Casa estava a de pedir misericórdia aos presos.

<sup>25</sup> Sá, *obra citada*, p.264.

Trinta anos após a independência, essa questão parece ter se desenvolvido no sentido da identificação entre a Santa Casa e os portugueses que moravam na cidade, conforme indicam algumas situações de disputas mais exaltadas entre liberais e conservadores.<sup>26</sup> Sob a provedoria do conservador José Clemente Pereira, ministro e senador do Império, a Santa Casa foi alvo de denúncias por parte dos primeiros. No final da década de 1840, acusavam a instituição de perseguir e prejudicar os médicos e demais empregados brasileiros para favorecer os colegas portugueses, arrematando:

“e quem move esses bonecos, que de homens só tem carnes, e ossos? Quem? José Clemente!! O chefe dos *lusos*, o bachá a cujo aceno se derrubam leis, levantam se edifícios, abrem-se burras, e tesouros, não para socorrer as vítimas da indigência, não para efetuar-se o nobre fim dessa Casa de Caridade, porém para *recheiar* os adeptos, proteger a *cafila*, prestar contingente a que esse homem adquira algumas simpatias”.<sup>27</sup>

A defesa vinha também através da imprensa, ajudando a manter firme a posição de Clemente Pereira, que presidiu a Santa Casa até a sua morte.<sup>28</sup> Essa íntima relação com o governo parece ter beneficiado a Santa Casa, que durante a sua provedoria conseguiu manter em equilíbrio as suas contas, deu início e fim à construção de seu novo hospital e consolidou uma nova ordem em seu cotidiano.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Ver Ilmar R. de Mattos, *O tempo saquarema*, Rio de Janeiro, Access, 1994.

<sup>27</sup> *A Sineta da Misericórdia*, 13/03/1849; 17/04/1849; 03/05/1849.

<sup>28</sup> *A Sentinela do Throno*, 04/04/1849; 07/07/1849.

<sup>29</sup> Seria interessante um estudo sobre o tema na 2ª metade do Oitocentos, que nos daria uma idéia melhor da permanência ou não das mudanças ocorridas no hospital sob a provedoria de José Clemente Pereira (1838-1854). Desde a sua morte, a imagem que a instituição constrói de José Clemente Pereira é a de benfeitor máximo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Ver Felix Ferreira, *obra citada*; Ubaldo Soares, *A escravatura na Misericórdia – subsídios históricos*,

No entanto, as adaptações a um novo contexto começaram bem antes, impulsionadas com a chegada da corte portuguesa ao Rio, em 1808. A partir daí, o número de habitantes foi aumentando progressivamente. A esse respeito, um irmão observava, em 1813:

“a população do povo nesta Corte cada vez ia em maior aumento depois da chegada a mesma, as pessoas Reais, e que por cuja causa a pobreza em maior acréscimo; e porque as Enfermarias deste nosso Hospital já não cabiam para o cômodo dos mesmos enfermos”.<sup>30</sup>

Quarenta anos depois, o provedor quase repetia as palavras de seu longínquo predecessor, dando a falsa impressão de que nada havia mudado:

“o número de doentes cresce diariamente por tal forma, que, se continuar no progressivo aumento que teve nos últimos dezoito meses, antes de um ano, não haverá enfermarias para os receber, nem renda para os tratar”.<sup>31</sup>

Porém, no intervalo entre os dois registros, o hospital passou por grandes transformações, como vamos começar a ver. No começo da década de 1810, a pressão para que se aumentasse o número de leitos criava a necessidade de mais empregados. Contudo, dificilmente estes existiam em quantidade suficiente, pois havia uma grande rotatividade de empregados, gerada pelos conflitos relacionados à ordem e hierarquia que a administração

---

Rio de Janeiro, 1958; José Vieira Fazenda, *Os provedores da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 1960.

<sup>30</sup> 14/05/1813, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>31</sup> 10/02/1854, Regulamento e instrução – 1852/1860, *ASCMRJ*.

queria impor. Quase semanalmente, ela se via às voltas com problemas ligados ao não cumprimento de tarefas ou à indisciplina.

Para organizar melhor o funcionamento do hospital, que reunia cada vez mais pessoas em diferentes posições, a Santa Casa procurava estabelecer, aos poucos, as obrigações de alguns cargos. Em 1820, por exemplo, foram estabelecidas algumas medidas para disciplinar o trabalho dos enfermeiros. Divididos em enfermeiro-mor, 1º e 2º enfermeiros e enfermeiro extra-numerário, o mais importante nestes artigos eram as punições a que estavam sujeitos. Estas iam de multas e suspensão de parte do ordenado à prisão (nas dependências da instituição) e demissão, dependendo da falta que cometessem.<sup>32</sup>

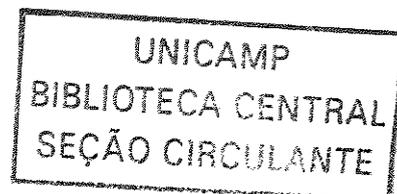
Em 1824, começou a elaborar um regimento com ajuda dos médicos, que serviu de base para o que foi aprovado no final de 1827. Diante das mudanças pelas quais estava passando, buscava-se esclarecer e delimitar as funções de cada um, a fim de

“acabar de uma vez com as contínuas arbitrariedades, que a falta de um Regimento tem dado motivo a se praticarem freqüentemente, exorbitando uns os limites de sua jurisdição, e invadindo, e arrogando a si outras obrigações, que lhes não competem, do que se tem seguido continuados choques de autoridades sempre nocivos à boa ordem, harmonia, e sossego que devem reinar nos Hospitais”.<sup>33</sup>

Entre os cargos definidos no regimento, o mordomo do hospital era a maior autoridade, subordinado apenas ao provedor e à mesa (diretoria) da Santa Casa. Essa

<sup>32</sup> 09/06/1820, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>33</sup> Regimento interno aprovado em dezembro de 1827, caixa 743A, *ASCMRJ*.



função – fiscalização da limpeza, da compra dos gêneros e da distribuição de alimentos, remédios, roupas e utensílios – era desempenhada pelos próprios Irmãos que se revezavam, a cada mês, como responsáveis pelo dia a dia do hospital até 1836, quando criaram o cargo de administrador.

Em 1827, o quadro médico era composto por um médico para cada uma das duas enfermarias de medicina; pelo 1º cirurgião (ou cirurgião externo) e pelo 2º cirurgião (ou cirurgião do banco ou interno) e seu ajudante. Estes dois últimos distribuíam o enfermo “para a enfermaria competente, segundo a classe da moléstia” e todos deveriam ajudar a vigiar se os empregados subalternos cumpriam os seus deveres e se comportavam bem.

Essa tarefa, porém, era obrigação do enfermeiro-mor, quem de fato convivia com os enfermeiros, praticantes (uma categoria para os que aprendiam o ofício de enfermeiro, sempre na prática acompanhando os titulares)<sup>34</sup> e pensionistas. Havia 1<sup>os</sup> e 2<sup>os</sup> enfermeiros e seus ajudantes, que desempenhavam as recomendações dos médicos e cirurgiões quanto à alimentação e remédios, além de cuidarem para que as enfermarias estivessem em ordem e limpas. Para mantê-las assim, podiam contar com e dar ordens aos serventes - a categoria mais desprestigiada dessa hierarquia. Não é surpresa, portanto, o fato de serem escravos, em boa parte, doados ou emprestados à Santa Casa.<sup>35</sup>

Todos os remédios e drogas ficavam sob responsabilidade do boticário, o que era bastante devido ao custo e ao perigo que o material representava. Ele também respondia por seu ajudante e praticante.

---

<sup>34</sup> Com o aumento da demanda, o boticário passou a contar com um praticante de botica, além do seu ajudante. Eventualmente, a documentação se refere aos pensionistas como praticantes ou praticantes pensionista, que eram os alunos da Academia Médico-Cirúrgica ou Faculdade de Medicina.

<sup>35</sup> Mas a Santa Casa também comprava escravos diante da necessidade de serventes: 04/10/1829, 07/06/1837, Atas. Quanto ao aluguel de cativos: 15/08/1833, Atas; *ASCMRJ*. Sobre doações: citações adiante.

Os pensionistas faziam parte da estrutura do hospital havia pouco tempo. Eram alunos da Academia Médico-Cirúrgica que ajudavam em curativos, faziam vigílias aos doentes operados e em troca, além da experiência, recebiam casa, comida, luz e assistência médica.

Dentro da ordem que a Santa Casa se esforçava em manter, as figuras do porteiro e seu ajudante também eram importantes por vigiar quem entrava e saía, assim como as dos capelães da agonia. Estes cuidavam da confissão e administração dos sacramentos aos enfermos e da orientação religiosa aos empregados, “exortando-os eficazmente para que tratem dos doentes com zelo, e caridade, e para que cumpram exatamente suas obrigações”.<sup>36</sup>

Apesar do regimento ter especificado as funções de cada cargo, muitos anos depois, a Mesa ainda tinha que se reunir para resolver conflitos de atribuições, resultantes das mudanças no dia a dia do hospital.<sup>37</sup> Porém, transformações maiores aconteceram com a inauguração do novo hospital, em 1852. Com onze enfermarias no novo hospital e três no velho, o número de empregados tinha que aumentar muito para dar conta da demanda que a direção pretendia atender. Dessa forma, o regimento de 1827, completamente defasado, foi substituído por outro no final de 1852.

A administração do hospital foi dividida em serviços econômico, sanitário e religioso, respectivamente, sob responsabilidade de um administrador, um médico diretor e capelães. Com essa separação, as funções de cada cargo ficaram muito mais detalhadas e delimitadas.

---

<sup>36</sup> Regimento de 1827 – cap.XI, art.IV. cx.743A, *ASCMRJ*.

<sup>37</sup> 26/10/1836, entre 1º cirurgião externo e 1º cirurgião do banco, Atas, *ASCMRJ*.

O quadro médico era constituído por um médico diretor e seu ajudante, um médico responsável pela estatística civil e médica do hospital e demais enfermarias (inauguradas durante a epidemia de febre amarela), oito médicos, pensionistas da Faculdade de Medicina, irmãs de caridade, enfermeiros e enfermeiras.

Podemos destacar duas mudanças em relação ao regimento anterior. A primeira foi a divisão das enfermarias em clínica interna e clínica externa, ao invés de enfermarias de medicina e de cirurgia, refletindo a junção oficial entre os ofícios de médico e de cirurgião que se concretizou na década de 1830. A segunda foi a vinda das irmãs são paulinas para trabalhar no novo hospital em 1852. As irmãs se responsabilizaram por tarefas que iam desde a supervisão das compras mensais, tendo a irmã superiora como co-administradora (com quem o médico diretor tinha que se entender em muitos casos), até as funções de enfermeira, dando comida e remédios aos doentes, homens e mulheres. Continuavam a existir os enfermeiros, cuidando dos enfermos e as enfermeiras, das enfermas, mas a partir de então tinham o seu trabalho fiscalizado e auxiliado pelas irmãs. Diferente do começo do século, quando os homens muitas vezes assumiam as tarefas de cuidar das doentes, devido à falta de enfermeiras, as mulheres religiosas podiam transitar por enfermarias masculinas e femininas. Por certo, isso contribuiu para transformar o serviço de enfermagem em um trabalho predominantemente feminino.<sup>38</sup>

Acompanhando as transformações na organização do hospital, percebemos, portanto, a tentativa de imposição de uma nova disciplina, com a criação de novos cargos

---

<sup>38</sup> A presença das irmãs de caridade, na segunda metade do XIX, merece um estudo mais cuidadoso sobre a sua relação com os médicos e estudantes, pois elas – mulheres, religiosas e leigas – se inserem no cotidiano do hospital no momento em que os esculápios conseguiam impor uma série de medidas para medicalizar esse espaço. O papel dessas mulheres nos hospitais franceses no século XVII, foi estudado por Colin Jones, *The charitable imperative: hospitals and nursing in Ancien Regime and Revolutionary France*, Londres, Nova Iorque, Routledge, 1989.

bem delimitados e submetidos ao controle de uma nova hierarquia. Enfim, uma forma nova de fazer o hospital funcionar que, como veremos, não se instaurou de um dia para outro.

### **Sangradores e Curandeiros no Hospital**

Apesar de todas as especificações, os regimentos ignoram dois ofícios: os sangradores e os curandeiros.<sup>39</sup> Aliás, em toda a documentação pesquisada da Santa Casa, que abarcava os períodos anterior e posterior à extinção da Fisicatura-mor, foi difícil encontrar referências a essas categorias. No entanto, essas ocupações eram justamente as mais populares entre as atividades terapêuticas. É razoável, então, desconfiarmos de sua ausência.<sup>40</sup>

De acordo com Mary Karasch, alguns escravos aprendiam aí todos os aspectos dos cuidados hospitalares.<sup>41</sup> Voltando aos registros da Fisicatura-mor, encontramos mesmo pessoas curando com conhecimentos identificados como de curandeiros (não eram adquiridos na academia, usavam plantas medicinais nativas para tratar de doenças locais).

Em 1815, por exemplo, o preto forro Adão dos Santos Chagas dirigia-se à Fisicatura-mor para pedir licença para sangrar, tirar dentes e “fazer as curas que souber”. Como parte de sua argumentação em defesa de sua competência, Adão dizia que havia tido “prática [por] algum tempo no hospital da Santa Casa e [que tinha] conhecimento das várias

---

<sup>39</sup> Há que se considerar, no entanto, que no caso do Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, existe uma grande probabilidade de que muitos documentos possam estar ‘perdidos’ em meio a outros, assim como muitos devam ter se perdido, de fato, com o tempo.

<sup>40</sup> Em Portugal, os sangradores tinham lugar certo no hospital até as primeiras décadas do século XIX. Ver Joaquim Barradas, *A arte de sangrar de cirurgiões e barbeiros*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999, em especial cap.7.

<sup>41</sup> Mary Karasch, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000, p.203.

ervas medicinais que entre nós há com abundância”,<sup>42</sup> o que aponta para a aceitação de práticas populares de cura no hospital.

Esse caso reforça o que já foi dito sobre não haver uma delimitação rígida entre as categorias adotadas oficialmente: Adão era sangrador e curandeiro, de acordo com a definição da Fisicatura-mor. Categorias que hierarquizavam e ajudavam a controlar essas atividades. Portanto, é provável que os demais sangradores que atuavam na Santa Casa também não se limitassem à aplicação de sanguessugas.

Os sangradores exerciam uma atividade amplamente difundida, que podia transitar e agregar concepções das medicinas acadêmica e popular. Como já foi dito, não havia uma separação nítida entre estas (por mais que ao longo do século, a primeira se esforce para isso). A sangria, que tinha o aval desta, tantas vezes praticada por indivíduos de grupos sociais desfavorecidos, podia ter, para estes, um significado muito diferente do que tinha para os médicos. O sangrador, de certa forma, ilustra a permeabilidade entre os dois pólos de medicina – acadêmica e popular.

Não se pode negar, no entanto, que o espaço para atuação dos sangradores no hospital diminuiu, sobretudo com a presença dos alunos da Academia Médico-Cirúrgica, depois Faculdade de Medicina. Eles podiam executar tarefas pequenas demais para médicos ou cirurgiões, ao mesmo tempo em que as tiravam das mãos de pessoas pouco capacitadas até mesmo para tais atividades.

Na época em que a Fisicatura-mor concedia os diplomas para cirurgiões, exigia-se que esses já tivessem o de sangrador ou, ao menos, fizessem o teste imediatamente antes. A sangria fazia parte da arte cirúrgica, contudo era considerada menor, um trabalho mecânico,

---

<sup>42</sup> Caixa 1195 (cx.468, pc.2), Fisicatura-mor, *Arquivo Nacional (AN)*.

mais de acordo com as funções de subalternos, como escravos ou forros – que, de fato, constituíam a maioria dos sangradores.

Com a organização da corporação médica – identificação de suas atividades e defesa de seu mercado –, a sangria passou a ser considerada uma operação delicada e complexa demais para “negros boçais”, conforme reforçavam as teses e os periódicos médicos. Os alunos preencheriam perfeitamente esse lugar, contudo, o esclarecimento de que isso constava entre as suas tarefas, sugere alguma resistência a fazer esse serviço.

Se o regimento de 1827 já chamava a atenção para a conveniência de estudantes mais adiantados sangrarem, vinte anos depois, isso havia se tornado obrigação:

Art. 5º “É da obrigação de um e outros [um Pensionista interno e dois externos] cumprir pontualmente as ordens e instruções que receber do Professor em tudo o que disser respeito ao curativo dos doentes a seu cargo, entendendo-se nessa obrigação a de sangrarem”.<sup>43</sup>

Mesmo assim, o número de pensionistas nunca foi suficiente para dar conta das sangrias que deveriam ser feitas. O gasto com as sanguessugas era tanto que o provedor ordenou que não fossem fornecidas às enfermarias sem uma ordem sua por escrito.<sup>44</sup> Com frequência, a administração do hospital se via às voltas com problemas relativos ao fornecimento de bichas – parecia difícil aliar bom preço e bom serviço.<sup>45</sup> Em 1829,

---

<sup>43</sup> Deliberações sobre a clínica cirúrgica, 22/12/1847; Portarias – Atos do provedor, 1824-1854; *ASCMRJ*. Obrigação reiterada no regimento de 1852.

<sup>44</sup> Nem remédios da botica, 25/06/1845, Atas das Conferências; ordem repetida em 27/09/1853, Regulamento e Instrução (1852-1860), *ASCMRJ*.

<sup>45</sup> 01/07/1831, Atas; 08/03/1832, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

chegaram a pensar na “compra de duas máquinas de extrair sangue” para tentar diminuir as despesas com esse item.<sup>46</sup>

No começo da década de 1830, a Santa Casa gastava cerca de 3:600:000 réis por ano com sanguessugas e reclamava que estava sendo muito mal servida devido às faltas no fornecimento. Situação agravada pelo “terrível e fraudulento abuso” dos enfermeiros que passavam recibo ao barbeiro mesmo que as sanguessugas não tivessem sido utilizadas, conforme testemunhou o mordomo do hospital:

“o barbeiro pedia o bilhete ao enfermeiro de ter aplicado a um doente doze bichas, e dirigindo-me a cama deste [para] ver o estado delas, achei nove caídas, tendo feito apenas uma leve sizeira”.<sup>47</sup>

Como consequência, concluía o zeloso irmão, os enfermos ficavam mais tempo no hospital, pois o tratamento não tinha o efeito esperado pelos médicos, e a Santa Casa era lesada por pagar mais sanguessugas do que as efetivamente utilizadas. Mais de dez anos se passaram e a questão das sanguessugas continuava com reclamações sobre o serviço e o preço dos fornecedores.<sup>48</sup>

O mais importante sobre esses contratos, faltas e fraudes no fornecimento desses pequenos vermes é a evidência de que a maioria dos sangradores atuantes no hospital não fazia parte de seu quadro de empregados. Trabalhavam para um entre as dezenas de donos de lojas de barbeiro, que anunciavam diariamente nas folhas da cidade. As raras referências aos barbeiros empregados na Santa Casa diziam respeito a serviços de corte de cabelo.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> 02/08/1829, Atas, *ASCMRJ*. As máquinas viriam da França.

<sup>47</sup> 25/03/1832, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>48</sup> 27/03/1845, Atas das Conferências; 20/02/1845, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>49</sup> 21/12/1831 e 20/06/1835 (Antonio Fernandes), Atas, *ASCMRJ*.

Outro terapeuta, cujo nome não consta da documentação da Santa Casa é o de José Fernandes Coelho. Assim como no caso de Adão, foi através de um requerimento dirigido à Fisicatura-mor que tomamos conhecimento de sua atividade no hospital. Este dizia que através de sua experiência conhecia a virtude de muitas ervas, raízes, e simples compostos e, desse modo, explicava o sucesso que tinha nos curativos dos “desgraçados doentes no Hospital da Santa e Real Casa da Misericórdia desta Corte” cujos médicos e cirurgiões legítimos já haviam desistido de cura-los.<sup>50</sup> Portanto, ao mesmo tempo em que deixava claro não se intrometer no trabalho dos cirurgiões e médicos, colocava-se em superioridade a eles. Um atestado, de 1814, assinado por mordomos da Santa Casa, confirmava as “muitas e várias curas que ele tem feito a vários doentes neste mesmo Real Hospital, e fora dele”. Havia o reconhecimento oficial dos conhecimentos próprios de um curandeiro: os administradores do hospital passaram um atestado confirmando a sua competência – como nesse período as suas atividades eram consideradas legítimas, pudemos saber disso.

O fato de passar a ser ilegal ou de não poder renovar licenças, não elimina determinadas práticas. Antes de 1828, muitos exerciam os seus ofícios fora da lei. Portanto, depois de 1828, sangradores e curandeiros continuaram a exercer as suas atividades, inclusive dentro do hospital.

E era bastante provável que os que exerciam dentro do hospital fossem tolerados, pelo menos alguns anos depois de terem se tornado ilegais. Assim como a vigilância pretendida pela direção não impedia que alguns sangradores conseguissem burlar a terapêutica prescrita, podemos concluir também que não havia como a administração

---

<sup>50</sup> Caixa 1193 (cx.467, pc.1), Fisicatura-mor, AN.

perceber a utilização de outros recursos terapêuticos. Havia espaço para aplicarem os seus conhecimentos terapêuticos não acadêmicos.

Em 1825, por exemplo, cerca de 300 doentes ficavam sob responsabilidade de apenas um cirurgião. No ano seguinte, a enfermaria de medicina enfrentava um problema semelhante, pois os 191 internados eram tratados por apenas um médico. A situação era agravada pela demora em se apresentar soluções: cinco anos depois de ter recebido a solicitação para que a enfermaria de cirurgia fosse dividida, a Mesa decidiu que haveria um cirurgião-mor e dois cirurgiões externos.<sup>51</sup>

O espaço para atuação dos sangradores, que muitas vezes não se limitavam a sangrar, parece maior quando consideramos que os médicos e cirurgiões se ressentiam com o número insuficiente dos demais empregados, sobretudo pensionistas. Justamente, estes tinham maior contato com os doentes – depois dos enfermeiros – e, ao mesmo tempo, estavam tendo uma formação acadêmica – o que os enfermeiros não tinham. O pedido do cirurgião-mor, feito em 1833, ao provedor para que aumentasse o número de pensionistas nos dá uma idéia da situação. Já havia sido feito outras vezes, porém só naquele momento foi atendido. Conforme o relato, os seis pensionistas não eram suficientes

“para o curativo do grande número de Enfermos que nele existe, e dos quais se estão curando uns aos outros, e alguns a si próprios; resultando daqui a demora de muitos no Hospital, onde o mal se agrava pela irregularidade de tais curativos, feitos também algumas vezes por escravos”<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> 10/07/1825, 24/02/1826 e 02/05/1830, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>52</sup> 05/09/1833, Portarias – Atos do provedor, 1824-1854, *ASCMRJ*.

Alguns anos depois desse dramático apelo, o quadro não havia mudado muito tanto em relação ao número insuficiente de pensionistas, quanto à falta de cirurgiões ou médicos.<sup>53</sup> Suponho que essa situação deixava espaço para as medicinas populares, seja por agentes mais específicos como enfermeiros, curandeiros e sangradores, seja pelos próprios internados, mesmo depois de 1828 – quando com o fim da Fisicatura-mor, começaram a sofrer uma progressiva desqualificação e a ver suas possibilidades de atuarem legalmente se restringirem. Embora essas categorias não apareçam nos registros da Santa Casa, imagino que estivessem entre os enfermeiros, que tinham maior contato com os enfermos, tanto por suas obrigações quanto por cobrirem a ausência de pensionistas, médicos e cirurgiões.

### **A ordem e os conflitos**

Reclamações acerca do número insuficiente de serventes, enfermeiros, pensionistas, cirurgiões e médicos eram freqüentes. Em resposta, contratavam mais pessoas e criavam novos cargos, como cirurgião-mor, 2º cirurgião externo (ou de visita), pensionistas externos.<sup>54</sup> Entretanto, essas medidas não resolviam o problema porque a demissão e admissão de funcionários eram significativas, sobretudo de pensionistas e enfermeiros. De acordo com as atas das reuniões da Mesa, desde a chegada da Corte até o final da década de 1830, os problemas na ordem do hospital, no mínimo, continuaram. Os próprios ajustes e novos regimentos confirmam a situação.

Isso ocorria, em grande parte, devido ao controle que a Santa Casa queria impor sobre a vida dos empregados. De acordo com o regimento de 1827, todos tinham a tarefa de fiscalizar o trabalho de cada um e vigiar o seu comportamento, reportando qualquer

---

<sup>53</sup> 20/08/1835; 27/08/1835; 23/10/1835, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>54</sup> 04/08/1833 e 20/08/1835, Atas; Capítulo único adicional – cx.743A, *ASCMRJ*.

problema ao Irmão responsável pelo hospital. A maior parte dos empregados morava e se alimentava na Santa Casa. Sair da instituição sem uma justificativa que merecesse uma licença escrita, com horas determinadas para estar fora, só com uma cópia clandestina das chaves do portão. Tentava-se remediar esses problemas, trocando-se a chave, controlando melhor o número de pessoas que tinham acesso a elas.<sup>55</sup>

Nos artigos do regimento dedicados aos empregados, repetia-se em cada categoria que não eram consentidos “ajuntamentos, conversações, e jogos”, assim como “gritarias e assuadas”. Os responsáveis poderiam ser repreendidos, castigados com vigílias, multas ou demissão. No entanto, tais medidas não resolviam a questão. Quanto maior o número de empregados, maiores os conflitos. Eram muito freqüentes as reclamações a respeito de indisciplina e de faltas no serviço, inclusive no tratamento dos doentes.<sup>56</sup> Alguns testemunhos nos dão mesmo uma idéia de caos:

“Levamos ao conhecimento de Vsa a representação que nos fez o Enfermeiro-Mor deste Hospital, sobre a assuada que ontem no ato da ceia [...] apagando as luzes do Refeitório quebrando a louça e sobretudo faltando as suas obrigações, a ponto de falecerem enfermos sem se lhes aplicarem os Sacramentos como aconteceu na 1ª Enfermaria de Cirurgia [...]”.<sup>57</sup>

Tanto enfermeiros, quanto praticantes ou pensionistas (alunos da Academia Médico-Cirúrgica e, posteriormente, da Faculdade de Medicina) reclamavam da rotina, do excesso de trabalho e controle no hospital, no entanto, os documentos apresentam nuances

---

<sup>55</sup> 25/03/1832 e 25/07/1830, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>56</sup> 22/11/1831, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>57</sup> 29/04/1830 – citação; 17/12/1830; 11/03/1831; 06 e 16/08/1831; 09, 11, 15 e 21/09/1831, Ordens do Provedor (1830-1834); 05/08/1835, Atas, *ASCMRJ*.

interessantes que remetem às origens sociais dos empregados. As queixas dos enfermeiros parecem ser, principalmente, relativas ao grande de número de doentes pelos quais eram responsáveis e ao acúmulo de tarefas que seriam dos pensionistas.<sup>58</sup> Com isso, os administradores concordavam e tentavam, na medida em que fosse possível, remediar ou resolver a situação. No entanto, quando os problemas eram causados, segundo os primeiros, por falhas e irresponsabilidades dos enfermeiros e serventes, era perfeitamente aceitável para a Santa Casa que a punição se desse com no “cárcere e tronco”. Pelo menos até 1825, quando o Ministério do Império interveio para que isso fosse abolido – ficava reservado para os “doudos furiosos, e mansos”.<sup>59</sup>

No caso dos pensionistas, mesmo em situações extremas de falta de disciplina, havia no discurso espaço para a justificativa dos rebeldes:

“o que quase todos os dias praticam, no refeitório, atirando com rações ao chão, descompondo o refeitório, etc.) e o mesmo praticante protestando que continuaria a sair sem licença apesar do Regimento, que dizem ser **incompatível com a dignidade de um praticante**”<sup>60</sup> [grifo meu].

Havia uma certa compreensão de que um tratamento que não correspondesse à determinada posição social, poderia desencadear reações imediatas, como no caso da ameaça a prisão de um pensionista, acusado pelo cirurgião de não haver seguido as suas

---

<sup>58</sup> 1os e 2os Enfermeiros reclamam que estão vigiando o quarto dos enfermos operados, quando isso deveria ser feito pelos pensionistas. Decidiu-se por observar o Regimento Interno, em 03/09/1834, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>59</sup> Em 1825, o Ministério do Império ordenou que fossem abolidos o cárcere e os demais castigos aplicados a enfermeiros e serventes que não cumprissem os seus deveres 27/05/1825, “Ofícios do Ministério do Império (1808 a 1839)”. Em 1831, a Mesa aprovou a extinção do “martírio do instrumento denominado Tronco a fim de evitar os males que dele tem resultado aos infelizes enfermos (doudos)”, 13/11/1831, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>60</sup> 29/10/1831, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

ordens de aplicar remédios e ventosas a uma enferma. A falta era agravada porque o rapaz costumava sair a passeio sem licença. O Irmão responsável pelo hospital ordenou ao enfermeiro-mor, então, que:

“o fizesse recolher, isto na presença do mesmo praticante; ordenando então ao porteiro para que não deixasse sair nenhum sem a respectiva licença, ao que ele me respondeu, que não podia por em prática a minha ordem, por isso que alguns praticantes caso nenhum faziam de sua pessoa, ao que respondi por excesso de cólera, que caso eles não quisessem ir por bem, que os mandasse agarrar por pretos, e metê-los na casa forte; **o que decerto não poria em prática** do que resultou juntarem-se a maior parte, e virem em tumulto a casa da Fazenda”<sup>61</sup> [grifo meu].

A questão estava no conflito estabelecido entre a posição social do pensionista e a posição do Irmão dentro do hospital. O primeiro era aluno da Academia Médico-Cirúrgica – não era escravo, nem forro e não era servente, nem enfermeiro para admitir ser ameaçado daquela maneira. É certo que o segundo pertencia à elite social, entretanto não possuía diploma de médico ou cirurgião a ponto de ter tamanha autoridade sobre os estudantes da Academia. E se estes chegavam a desafiar um Irmão, por certo que o enfermeiro-mor ou o porteiro não poderiam esperar muita obediência desses rapazes, como demonstram as inúmeras reclamações que chegavam à Mesa da Santa Casa.

Como vimos, todos deveriam vigiar o trabalho e o comportamento dos outros, principalmente dos enfermeiros, pensionistas e serventes. Contudo, essas regras não

---

<sup>61</sup> 29/10/1831, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

funcionavam como os Irmãos gostariam. As redes de dependência pessoal também devem ser consideradas, pois havia um conflito entre a manutenção destas e as tentativas, observadas no período, de disciplinar os trabalhos e as funções de cada grupo de empregados do hospital. Não era simples resolver os impasses e atritos derivados daí.

A fim de conseguirem proteção e/ou privilégios e favores, enfermeiros, pensionistas e todos os demais construía e reforçavam seus laços pessoais no dia a dia do hospital, como acontecia em qualquer outra situação da vida social. Por um lado, isso garantia uma certa imunidade a alguns (mesmo que fossem demitidos, poderiam ser readmitidos posteriormente). No entanto, por outro, tornava árdua a tarefa dos administradores de colocar em prática os regulamentos que tentavam disciplinar cada vez mais os diversos grupos de empregados, conforme alertavam:

“talvez confiados em proteções, tornarem a entrar para o futuro, e a vista de tantas e contínuas impunidades, não haverá quem se possa entender nesta Santa Casa, e nem tão pouco vir servir os miseráveis enfermos”.<sup>62</sup>

Se, dentro da instituição, ter padrinhos pode ter sido recomendável para se manter em seu lugar, para vir a fazer parte dela era interessante que o pretendente tivesse relações que facilitassem a sua entrada. No final da década de 1810, a Santa Casa recebeu ofícios comunicando que seria do “Real Agrado” que determinado médico fosse provido no hospital.<sup>63</sup> Apesar desse costume, parece ter sido o motivo da denúncia publicada no *Jornal do Commercio*,<sup>64</sup> em 1830, por ocasião da nomeação do dr. José Martins da Cruz Jobim

---

<sup>62</sup> 17/03/1831, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>63</sup> s/d, 01/04/1819, 13/01/1820, 12/06/1828, Ofícios do Ministério do Império, *ASCMRJ*.

<sup>64</sup> Em 11/03/1830, p.1.

como médico do hospital.<sup>65</sup> O autor, talvez algum candidato preterido, auto-denominado “Filantropo”, apontava que aprovaria a escolha dos administradores do hospital caso “atendesse só ao mérito do Sr. Dr. Jobim”, porém parecia-lhe “que tudo andou de comum acordo”.

No começo de 1836, o hospital passou por uma mudança significativa no sentido de afastar os Irmãos dos atritos cotidianos com os empregados. Reivindicações de médicos e cirurgiões, reclamações de e sobre enfermeiros e pensionistas, tudo passava a ser intermediado pelo administrador.<sup>66</sup> Indicado pelo provedor e pela Mesa, era responsável pelas finanças, pelo fornecimento de comida, remédios e utensílios, por zelar por sua distribuição, assim como pela tranqüilidade.

O simples fato de a responsabilidade sobre o hospital deixar de passar de um Irmão para outro a cada mês representava uma mudança significativa na organização, que visava também um controle maior sobre os gastos com alimentação, remédios e demais materiais. Além disso, ter um intermediário intercedendo e contemporizando as relações entre a direção da Santa Casa e os médicos, que estavam em processo de corporatização, favoreceu a medicalização da instituição. Isso não se deu de forma rápida e absoluta: junto com uma maior autoridade dos médicos, conservava-se a preocupação em fazer com que os seus empregados cumprissem os seus deveres de cristãos indo à missa e confessando-se.<sup>67</sup>

Nesse período, permanecia a necessidade de se proibir “ajuntamentos, conversações e jogo nas Enfermarias, quartos de Enfermeiros e dos Pensionistas”. No

---

<sup>65</sup> 03/03/1830, Atas - devido à morte do dr. Amaro Batista Pereira e demissão do interino dr. Meirelles; 04/03/1830, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>66</sup> 28/04/1836, Regulamento apresentado pelo Provedor e aprovado com as atribuições e deveres do Administrador da Casa da Fazenda e Hospital, confirmado em 15/06/1837, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>67</sup> 05/10/1837, Atas, *ASCMRJ*.

regimento de 1852, a direção do hospital considerava que os seus empregados não precisavam mais ser lembrados sobre a inconveniência desse tipo de comportamento num hospital.

Para isso, atentava-se muito mais aos critérios de admissão dos empregados e estabeleceram regras mais claras para a promoção destes. A partir de então, o enfermeiro-mor deveria ser escolhido entre os primeiros enfermeiros e estes, entre os segundos. Do mesmo modo, os pensionistas internos seriam alunos do quarto ano da Faculdade e escolhidos entre os pensionistas externos. Estes, que deveriam estar no terceiro ano, seriam selecionados entre os externos extraordinários, alunos do segundo ano. Todos precisavam apresentar um atestado de bom comportamento de seus professores. Antes dessas mudanças, porém, a Misericórdia teve que administrar muitos conflitos referentes à transformação de seu hospital em um lugar de ensino também.

### **O hospital como lugar de ensino**

Michel Foucault mostrou como, nas últimas décadas do Setecentos, o hospital parisiense passou a ser um lugar de cura e de formação dos médicos.<sup>68</sup> Em nosso estudo, com foco nas seis primeiras décadas do Oitocentos, constatamos que as transformações apontadas anteriormente foram acompanhadas, e muitas tornadas possíveis, pelo papel que o hospital da Santa Casa passou a desempenhar na formação dos médicos.

Além do aumento da demanda por vagas no hospital, outra consequência da instalação da Corte portuguesa no Rio de Janeiro foi a transferência e a criação de várias instituições, entre elas a Escola de Cirurgia, sediada no hospital militar. Em 1813, o

---

<sup>68</sup> Sobre a valorização da prática adquirida no hospital, em detrimento do empirismo, ver o estudo de Michel Foucault, focado no contexto da Revolução Francesa: *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.

governo a transformou na Academia Médico-Cirúrgica da cidade e determinou que o curso seria ministrado na Santa Casa. Esta acatou a decisão, considerando que as despesas seriam pagas pelo rei.<sup>69</sup>

Até o final da década de 1820, o número de professores e de cursos manteve-se estável. A partir de então, a presença da academia se fez mais forte, mudando o cotidiano do hospital.<sup>70</sup> Anualmente, o governo expedia ordens para que fossem cedidos alguns enfermos ou uma enfermaria, escolhidos pelo professor, para serem estudados e tratados por algum professor e sua turma. A botica também estaria à disposição para o estudo sobre os medicamentos. O hospital passava a ser, de fato, um lugar de ensino – e fundamental no processo de transformação do exercício terapêutico.<sup>71</sup>

Cada vez mais, admitia-se alunos que pediam para trabalhar como pensionistas sob orientação dos médicos e cirurgiões. Procurava-se estabelecer um certo nível de conhecimento do saber e da linguagem acadêmicos, admitindo-se apenas os estudantes que estivessem cursando o 3º ano em diante. Era uma regra moldada de acordo com a necessidade. Caso os alunos não estivessem disponíveis ou não tivessem se adaptado à disciplina do hospital, abaixava-se o nível de exigência, admitindo-se os matriculados no 2º ano.<sup>72</sup>

Mesmo as aulas teóricas foram ministradas, por algum tempo, no hospital. Dessa forma, a Academia/Faculdade estava proporcionando um número cada vez maior de

---

<sup>69</sup> 06/12/1812, Atas, *ASCMRJ*: “se tratou sobre uma Aula de Medicina prática, que Sua Alteza Real quer estabelecer nesta Santa Casa, e se assentou com uniformidade de votos, receber-se a mesma, sendo feita a despesa do seu preparativo a custa do mesmo Senhor”.

<sup>70</sup> Em 14/02/1827, as aulas de anatomia foram transferidas do Hospital Militar para a Santa Casa [05/02/1827, of.min.imp.], Atas. Em 01/04/1827, a Misericórdia encaminhou um ofício ao Ministério pedindo para que não fossem mais ministradas em seu hospital. *ASCMRJ*.

<sup>71</sup> 26/08/1827, Atas; 07/09/1831 – Ofícios, Ministério do Império, *ASCMRJ*.

<sup>72</sup> 04/12/1836, Atas: revoga a deliberação de 27/08/1835 sobre a admissão de alunos do 3º ano em diante. Quem não estivesse matriculado seria demitido, 27/01/1832, Atas, *ASCMRJ*.

cirurgiões e de médicos disponíveis e com intenção de trabalhar no hospital para adquirir mais experiência. Ainda que estivesse longe de resolver a situação, isso melhorava a proporção médico/doentes internados, o que poderia significar um melhor atendimento e menos tempo de internação, diminuindo os gastos.

No entanto, essas mudanças em seu dia a dia não se deram sem conflitos. Justamente, nesse período, a Santa Casa começou a requerer ao governo a transferência das aulas para o Hospital Militar. Argumentando que as salas eram necessárias para “acomodação dos enfermos”, não escondia que se restituiria o sossego ao hospital “pela retirada dos Alunos externos, que nele provocam os alienados, e cometem outros distúrbios que muito convém evitar”.<sup>73</sup> Desse modo, além da dificuldade em disciplinar os alunos da FMRJ que trabalhavam como pensionistas, havia problemas em controlá-los durante as aulas do curso.

O imperador intercedeu, através do ministro José Clemente Pereira, ordenando que o diretor da Faculdade contivesse os seus discípulos e fizesse “subir à Sua Imperial Presença representações motivadas dos que se fizerem merecedores de mais severo procedimento”.<sup>74</sup>

Três anos depois o então ministro, José Lino Coutinho, respondia que ordenaria à congregação de lentes da Academia “que passasse a ver as Salas precisas no Hospital Militar para se efetuar aquela mudança”.<sup>75</sup> Até 1834, nada havia sido feito além do comunicado da Regência à Faculdade sobre os problemas que os alunos estavam causando ao Irmão responsável pelo hospital. Defendendo os estudantes, o diretor minimizava a

---

<sup>73</sup> 10/08/1829, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>74</sup> 12/11/1829, Ofícios do Ministério do Império (1808-1839), *ASCMRJ*.

<sup>75</sup> 09/03/1832, Ofícios do Ministério do Império (1808-1839); 11/03/1832, Atas, *ASCMRJ*.

questão explicando que estes apenas haviam questionado o material utilizado para fazer o curativo.<sup>76</sup> O conflito, portanto, continuava, o que levou a irmandade a

“instar pela remoção agora que o comportamento escandaloso dos Alunos da dita Escola de Medicina tem esgotado todo o sofrimento, derramando a confusão, e a desordem no Hospital da Santa Casa, pela repetição de fatos, que tornam dificultosa, se não impossível a sua boa administração”.<sup>77</sup>

Apesar dos apelos, as aulas da Faculdade foram mantidas no mesmo lugar. Talvez a situação tenha melhorado com a interferência do governo que mandou executar pelo Ministério do Império, em 1835, o regulamento policial acadêmico, e passou a cobrar, em 1836, relatórios do diretor sobre os alunos.<sup>78</sup> Essa determinação vinha ampliar e reforçar a medida tomada pela Santa Casa, num âmbito menor e que se mostrou insuficiente. De acordo com o regimento de 1827, o 1º cirurgião seria o responsável pelos pensionistas residentes no hospital e deveria apresentar um relatório trimestral sobre eles.<sup>79</sup> Havia, de fato, um acompanhamento constante desses estudantes e os que, por qualquer motivo, deixassem de se matricular na Academia ou Faculdade eram demitidos do hospital.<sup>80</sup>

Mesmo com essas mudanças, o provedor ainda precisava recomendar ao diretor da Faculdade que “Ordenasse aos Alunos para não entrarem no Hospital, se não acompanhados do seu respectivo Lente” para “melhor tranqüilidade e sossego que deve

---

<sup>76</sup> 18/06/1834, Ofícios do Ministério do Império (1808-1839), *ASCMRJ*.

<sup>77</sup> 03/09/1834, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>78</sup> Lycurgo Santos Filho, *História Geral da Medicina Brasileira*, v.2, p.94.

<sup>79</sup> Regimento de 1827, *ASCMRJ*. Tais relatórios não foram encontrados entre a documentação pesquisada.

<sup>80</sup> 27/01/1832, Atas; 31/01/1832, Ordens do provedor, *ASCMRJ*.

reinar no Hospital”.<sup>81</sup> Por sua vez, os próprios professores pareciam não estar satisfeitos com sua submissão às regras estabelecidas por uma irmandade, defendendo a criação de um novo hospital que pudesse ser organizado em função do conhecimento médico.<sup>82</sup>

Em 1855, continuavam assistindo a aulas na Misericórdia, cuja direção publicou um regulamento para ser seguido, sobretudo, por eles, além dos boticários e pensionistas. Os estudantes eram o alvo principal, pois tinham menos contato com o ambiente do hospital em comparação aos que eram pensionistas (alguns dos quais moravam lá) merecendo ainda uma vigilância maior. Afixado na ‘casa da cirurgia’ e onde mais conviesse, tentava conscientizá-los de que estavam “em um lugar destinado à infelicidade e às dores, onde deve-se evitar toda a espécie de escárnio ou falta de caridade.” Procurava-se restringir o tempo e os lugares em que os estudantes passavam no interior do hospital. E durante este tempo era proibido:

ter o chapéu na cabeça, correr pelas escadas ou corredores, fumar, cantar, disputar, fazer bulha &; e evitarão o conspurcar o pavimento do Hospital, lançando-lhe qualquer objeto, ou cuspiendo nele uma vez que aí existem escarradeiras.<sup>83</sup>

---

<sup>81</sup> 20/02/1837, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>82</sup> Domingos M. de A. Americano, *Memória sobre o estado actual das instituições médicas de França, Prússia e Gram Bretanha*, 1845.

<sup>83</sup> O uso de escarradeiras, assim como de sangrias, purgativos, vomitivos, clisteres, está relacionado ao paradigma miasmático, em que o excesso ou o desequilíbrio de algum dos humores que constituíam o corpo, provocava as doenças. Ver Tania Andrade Lima, “Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX”, *Manguinhos*, v.II (3), 1995/1996.

No processo de educação médica, eles também aprendiam, através do regimento, que não deviam “falar a estes [enfermos] inutilmente”, marcando o crescente distanciamento na relação médico/doente.<sup>84</sup>

Além de ser o lugar ideal para as aulas práticas devido à concentração de enfermos com vários tipos de moléstias em um só lugar, passava a ser, cada vez mais, um local reconhecido para se experimentar e observar novos medicamentos. A transformação do hospital em um espaço onde os médicos podiam ir construindo a sua autoridade e corporação proporcionou também oportunidades que influenciaram o desenvolvimento do próprio conhecimento médico.

Os procedimentos da Academia Imperial de Medicina apontam para essa tendência da medicina acadêmica. Ao receber o remédio “água anti-febril”, elaborado pelo farmacêutico Ezequiel Correia dos Santos, delegou a uma comissão a responsabilidade pela avaliação do medicamento. Este foi aprovado como “um remédio Tônico e difusivo útil em todas as ocasiões em que os remédios dotados destas propriedades possam convir e principalmente em certas febres intermitentes, e em certos estádios de moléstias”. O relator De Simoni acrescentou ainda que essas qualidades foram por ele “verificadas e justificadas pela observação e experiência [...] colhidas nos hospitais da Misericórdia e de S. Francisco de Paula” – trabalho que deve ter sido facilitado uma vez que era médico no primeiro.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> 25/03/1855, Portarias – Atos do provedor, Registro dos ofícios (1854-1856), *ASCMRJ*.

<sup>85</sup> Sessão de 17/09/1840 da Academia Imperial de Medicina publicada na *Revista Médica Brasileira – Jornal da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro* em maio de 1841. Durante a epidemia de cólera, em 1855, a Junta de Higiene emitiu pareceres sugerindo que alguns remédios deveriam ser experimentados em hospitais antes de serem licenciados. Por exemplo, 29/08/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ)* e 02/06/1856, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

Enquanto as aulas da Faculdade permaneceram na Santa Casa, esta continuou a receber ordens do governo, todos os anos, para que fossem separados alguns doentes destinados aos cursos. Havia o cuidado de observar se o professor cumpria as suas obrigações de visitar os enfermos, diariamente, nas horas determinadas. Aliás, essa era a condição para que fosse cedido certo número de internos a médicos e cirurgiões aprovados que procuravam, dessa forma, “adiantar seus conhecimentos práticos”.<sup>86</sup> Portanto, a presença constante destes passava a ser requisitada pela própria administração leiga, contrastando com a situação, no início do século XIX, em que enfermarias com dezenas de internos eram visitadas por um médico ou cirurgião de forma menos assídua. No período estudado, procuravam também status, pois, ao serem devidamente apresentados, ser médico ou cirurgião da Câmara, do Imperador e/ou do hospital da Santa Casa constituíam posições a serem destacadas.

Esses cirurgiões e médicos, que podiam ser um reforço valioso no quadro de facultativos da Santa Casa, às vezes, tinham de ser dispensados por virarem excesso diante da obrigação de receberem professores e alunos, colocando à disposição destes os doentes escolhidos.<sup>87</sup> O cotidiano do hospital podia ser novamente alterado quando os mestres se desincumbiam dos cuidados com os enfermos escolhidos ao fim do curso ou devido a outros compromissos. Esse parece ter sido o caso de Cândido Borges Monteiro, envolvido

---

<sup>86</sup> Por exemplo, o caso do cirurgião Candido Borges Monteiro, visconde de Itaúna (1812-1872) (30/01/1832), de Francisco Freire Allemão (1797/99-1874) (20/02/1832); Francisco Alves de Moura (28/02/1833), Ordens do provedor, *ASCMRJ*.

<sup>87</sup> Com essa justificativa, foram dispensados, “enquanto durarem as lições de clínica”, os serviços prestados gratuitamente pelos médicos e cirurgiões Antônio José Peixoto, José Pereira Rego e Joaquim Marcos d’Almeida Rego. 06/03/1838, Atas, *ASCMRJ*.

em seus mandatos de vereador, deputado, senador em detrimento de seus deveres na Faculdade e na clínica.<sup>88</sup>

O fato de o hospital da Misericórdia ter se transformado em mais um espaço, onde se agrupavam os médicos e cirurgiões envolvidos no processo de corporatização de seu ofício também atraía os recém-formados. Muitos dos que clinicavam lá faziam parte da Academia/Faculdade e da Sociedade/Academia Imperial de Medicina. Portanto, atender na Santa Casa significava estabelecer ou manter e reforçar um contato bem próximo com essa elite médica, o que os favoreceria quando postulassem uma vaga nas outras instituições.<sup>89</sup> Na década de 1850, esse laço entre o hospital e a corporação médica se consolidou, por exemplo, na figura dos médicos praticantes, que se encarregariam de dez doentes no máximo (eram os recém formados que se aperfeiçoavam e mantinham o vínculo com a corporação no hospital). Também pode ser identificado na proposta do provedor de fundar uma “revista dos trabalhos do Hospital”, em que os facultativos contribuiriam assinando trabalhos trimestrais.<sup>90</sup> Devemos destacar também que, ao longo do período analisado, trabalhar no hospital da Santa Casa passou a ser bastante prestigioso e a dar visibilidade ao médico naquele indefinido mercado de atividades terapêuticas.

É importante ressaltar, então, que a associação entre o hospital da Misericórdia e a Faculdade de Medicina, por um lado, tornou possível a presença cada vez maior da medicina acadêmica naquele ambiente. Porém, por outro, desenvolveu uma série de conflitos – alunos perturbando os ‘doidos’, discutindo com funcionários da administração, desrespeitando enfermeiros e porteiros, enfim, tumultuando o estabelecimento. Conflitos

---

<sup>88</sup> 21/01/1834, Ordens do provedor, *ASCMRJ*.

<sup>89</sup> Por exemplo, Cândido Borges Monteiro.

<sup>90</sup> Regimento de 1852 (posteriormente, receberam a denominação de médicos adidos, 08/04/1853, Regimento e instrução) e 1ª sessão do ano compromissal de 1854 a 1855, *ASCMRJ*.

esses permeados pelas posições sociais de tais pessoas fora do hospital. Portanto, além de reorganizar o espaço, como veremos a seguir, e de submeter os leigos à nova hierarquia que estava se regulamentando aos poucos, os médicos tinham de administrar problemas internos à própria corporação, como a formação de seus pares. Observação que nos permite relativizar um pouco mais a força dos esculápios para se impor mesmo no hospital.

### **A organização física do hospital**

Um dos motivos de conflito entre a Academia/Faculdade e a irmandade era a falta de espaço disponível para ceder à primeira, pois era insuficiente até para atender a todos os enfermos que chegavam às suas portas.<sup>91</sup> A situação era agravada pelas condições físicas do prédio com infiltrações, goteiras e ameaças de desabamento em algumas partes.<sup>92</sup>

O hospital começou a ser construído em 1582 e foi sendo ampliado conforme as necessidades. Justamente aí, segundo os especialistas contemporâneos, residiam os problemas: foi sendo erguido sem planejamento e sem observar as regras de higiene.<sup>93</sup> As informações de que dispomos sobre a organização espacial e o estado físico do hospital da Santa Casa provieram, sobretudo, de reclamações e lamentos de médicos, cirurgiões e Irmãos.<sup>94</sup> Clemente Pereira, por exemplo, nos deixou uma lista de problemas que constitui a descrição mais detalhada sobre o hospital. A arquitetura era irregular; as enfermarias do andar de baixo eram quase subterrâneas, úmidas e destituídas da circulação de ar

---

<sup>91</sup> 18/02/1836 e 20/02/1837, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>92</sup> 16/11/1835 e 18/02/1836, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>93</sup> 25/07/1840, Atas, *ASCMRJ*: “Relatório do estado dos três pios estabelecimentos da SCMRJ apresentado no ato da posse da nova Mesa pelo Provedor reeleito Ilmo. Sr. José Clemente Pereira”.

<sup>94</sup> Alguns trabalhos analisam a relação entre a disposição espacial do hospital e as transformações na prática médica, contando com dados detalhados e plantas e abrangendo períodos maiores. Ver, por exemplo, Lindsay Prior, “The local space of medical discourse – disease, illness and hospital architecture” em Jens Lachmund e Gunnar Stollberg (eds.), *The social construction of illness*, Stuttgart, Steiner, 1992.

necessário; as das mulheres eram muito pequenas; os tísicos não eram separados, assim como os bexiguentos; sem contar as acomodações dos alienados, que pareciam cárceres.

Além dos inconvenientes óbvios, como goteiras e risco de desabamento em algumas partes, os problemas de circulação de ar tornavam o hospital completamente inapropriado para o tratamento dos enfermos, segundo as concepções médicas da época. Tentava-se contornar essa situação, procurando substituir anteparos entre os leitos por cortinas, assim como a construção de uma nova enfermaria contribuiria para uma diminuir a concentração de miasmas num único ponto.<sup>95</sup>

Contudo, esses pequenos reparos não conseguiam resolver os problemas. Analisando a questão, a irmandade concluiu que seria mais econômico investir num novo hospital do que reformar o velho. Com a chegada de José Clemente Pereira à provedoria, em 1838, essa solução foi proposta. O novo hospital deveria seguir todas as regras de higiene aplicáveis ao local onde seria construído – o mesmo do antigo, considerando-se ainda a possibilidade de conservar partes deste.

Para isso, em julho de 1838, a Academia Imperial de Medicina foi convidada a elaborar um projeto, que foi apresentado em outubro do mesmo ano pela comissão formada pelos doutores Thomaz Gomes dos Santos, Octaviano Maria da Rosa, José Martins da Cruz Jobim e Luiz Vicente De Simoni. Jobim era médico da própria Santa Casa, como De Simoni, e professor da Faculdade, como Gomes dos Santos, o que proporcionava a eles pleno conhecimento das questões levantadas pelo provedor.

Lamentando, profundamente, não poder escolher outro lugar para a construção, a comissão traçou as “bases higiênicas para a construção de um hospital”. Entre as orientações gerais, a Academia aconselhava que deveria ter forma quadrada, com um dos

---

<sup>95</sup> 14/08/1825 e 31/08/1828, Atas, *ASCMRJ*.

ângulos apontando para o leste e outro para o oeste, e que não deveria haver árvores por impedirem a livre circulação do ar e manterem as paredes úmidas.

Passavam ainda por recomendações quanto ao assoalho, forro, telhas. As enfermarias deveriam ser isoladas umas das outras; deveria haver salas especiais para as moléstias contagiosas e para os operados (a convivência e o testemunho da dor do outro causaria abatimento profundo dos doentes que ainda seriam operados). No terreno ao lado, onde poderiam ser construídas uma sala de autópsias e outra de lições clínicas, além de um jardim dividido entre uma parte para o recreio dos convalescentes e outra para a distração dos loucos curáveis.

Detalhando o projeto, numa “Memória descritiva da Planta do novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Cidade do Rio de Janeiro”, a comissão especificava o tamanho e quantidade de janelas e portas. As janelas deveriam ser altas o bastante, chegando perto do teto, para facilitar a saída das “as emanações deletérias, e gases viciados, [que] por serem em geral mais leves do que o ar”, se concentrariam na parte superior de um aposento. Como havia gases mais pesados que também poderiam comprometer a qualidade do ar era necessário uma pequena abertura abaixo de cada janela. Estabelecia ainda que cada uma das 20 enfermarias teria capacidade para 32 leitos, somando 640. E os leitos, de quatro palmos de largura, ficariam separados por três palmos de um lado e seis, por outro.<sup>96</sup> A mudança de grandes enfermarias, onde eram colocados mais de cem doentes, para pequenos espaços separados justificava-se pela necessidade de se preservar os enfermos, em geral, dos miasmas produzidos por alguns em estados piores.<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> ‘Novo Hospital da Santa Casa – 1840’, *ASCMRJ*.

<sup>97</sup> Louis Greenbaum compara as plantas de um hospital francês e outro norte-americano em “Thomas Jefferson’s University of Virginia and the Paris hospitals on the eve of the French revolution”, *Medical History*, 36, 1992.

A preocupação com a produção e disseminação dos miasmas convivia muito bem com as recomendações para se evitar o contágio de doenças específicas. Assim, colchões e travesseiros que haviam sido usados por algum doente “falecido de moléstia que possa ser contagiosa” deveriam ser lavados e ter as palhas trocadas. Outra medida adotada era a separação dos que sofressem alguma doença contagiosa, como os tísicos.<sup>98</sup> Em situações mais drásticas, como nos casos das epidemias de febre amarela e de cólera, é que se pode perceber o embate para colocar em prática medidas baseadas na teoria contagionista ou na miasmática ou, ainda, em alguma variação da junção entre estas.<sup>99</sup>

Quatorze anos depois, o novo hospital foi inaugurado com algumas modificações. No projeto original constavam dez enfermarias no primeiro andar e dez, no segundo. Contudo, no primeiro, foram abertas oito de clínica interna e, no segundo, seis de clínica externa. O espaço das outras enfermarias restantes foi destinado à moradia das irmãs da caridade e à internação dos próprios Irmãos da Santa Casa e dos enfermos de 1ª e 2ª classe, como veremos adiante.

Ao mesmo tempo em que o pedido de orientação por parte da Misericórdia e a implementação dos conselhos da corporação médica sobre a arquitetura hospitalar indicam a aceitação das concepções médicas acadêmicas por leigos, tais mudanças tornavam mais fácil a instalação de um número maior de médicos e do controle do ambiente por parte destes. A divisão das enfermarias, que passaram a comportar uma quantidade menor de internados, criava a demanda de mais médicos e a oportunidade aos alunos do estudo mais detido a respeito de cada caso.

---

<sup>98</sup> 21/08/1852, Regulamento e instrução; 07/03/1839, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>99</sup> Ver Sidney Chalhoub, *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996. Em especial, o capítulo 2.

Com bem observou Foucault, as mudanças na organização do hospital implicavam em um acúmulo de registros – desde a entrada do doente, passando pela prescrição de remédios e anotações dos médicos, alunos, boticários e enfermeiros, até a sua saída. Isso serviria de base para o conhecimento e o aprendizado dos médicos, além de proporcionar o maior controle sobre o que acontecia no hospital.<sup>100</sup>

### **Os enfermos**

Esses registros padronizados também se multiplicaram no hospital da Santa Casa, conforme indicações da documentação. Contudo, conseguimos localizar apenas alguns ‘mapas’ da entrada de doentes literalmente despedaçados. Assim, as informações sobre as pessoas que procuravam o hospital provêm, principalmente, das regras mais específicas que a Misericórdia do Rio de Janeiro ia estabelecendo ao longo do período estudado.

Sabemos que, nesse período, o hospital era, predominantemente, masculino: a irmandade era composta por homens, assim como a maior parte dos empregados – dos médicos aos serventes – e das pessoas que procuravam assistência no hospital.<sup>101</sup>

Além disso, outra característica da maioria dos enfermos era a pobreza. Ao menos, a direção do hospital se esforçava para que fosse assim, pois a própria irmandade o definia como “um asilo dos doentes pobres”.<sup>102</sup> Como pobre é uma categoria muito relativa era importante identificar quem era pobre e, por isso, tinha direito a atendimento gratuito. Assim, o regimento de 1827, esclarecia que:

---

<sup>100</sup> Michel Foucault, “O nascimento do hospital”, *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 2002.

<sup>101</sup> A situação muda bastante com a chegada das Irmãs francesas de São Vicente de Paula, em meados da década de 1850. Elas assumem importantes funções na administração e no cuidado dos doentes, o que também teve que ser delimitado em um novo regimento do hospital.

<sup>102</sup> Regimento de 1827, *ASCMRJ*.

Art. 16º: “Serão admitidos como Pobres:

1º Aqueles que apresentarem atestação do seu respectivo Pároco; em que ateste sua pobreza.

2º Os que fizerem constar sua pobreza por informação bocal, ou por escrita de pessoa reconhecida.

3º Os Marinheiros, apresentando no ato de sua entrada, bilhete assinado pelo Proprietário, Capitão, ou Contra mestre da Embarcação a que pertencem.

4º Os Escravos daqueles Senhores, que mostrarem não possuir mais do que dois Escravos”.

No regimento de 1836 foram feitas pequenas modificações nesse artigo que não alteraram o conteúdo. Os Irmãos, no entanto, reclamavam da falta de rigor em sua aplicação. Segundo os responsáveis pelo hospital, isso contribuía para agravar a sempre delicada situação financeira, além de se deixar de praticar a caridade com quem precisasse realmente.

Nesse período, a cidade crescia bastante e o comércio estava em expansão. Pessoas de vários pontos do império eram atraídas ao Rio para atuar em diversos ramos de atividade, assim como imigrantes da Europa. Muitos dos que circulavam por aqui estavam de passagem, pois faziam parte da tripulação de algum navio mercante ou seguiriam para outra província. De todo modo, constituíam um grande número de pessoas ainda sem laços sociais estabelecidos que lhe direcionassem, em caso de enfermidade, para outras formas de tratamento além do hospital de caridade.

O medo, que pairava desde a década de 1830, da chegada de alguma epidemia ao Brasil atraía a atenção sobre a situação do hospital. A proximidade deste com o porto era, no mínimo, confortável para o governo que esperava que a Misericórdia prestasse, ao menos, os primeiros socorros aos estrangeiros antes que estes se misturassem com a população. Em 1836, por exemplo, as suas enfermarias receberam oitenta colonos espanhóis de uma só vez e, pouco tempo depois, o governo ignorou a recusa do hospital (por excesso de doentes internados, falta de recursos e de enfermeiros e serventes) e enviou os colonos doentes vindos das Ilhas Canárias. Nesse mesmo período, a Santa Casa recebeu, também enviados pelo governo, vários africanos livres doentes.<sup>103</sup>

Por um lado, os médicos aconselhavam o exame dos estrangeiros e seu isolamento, se doentes, para não contaminar a população. No entanto, por outro, muitos consideravam perigosa a concentração de indivíduos com o mesmo tipo de enfermidade num local próximo ao centro da cidade. Isso provocaria a produção de miasmas que os ventos se incumbiriam de espalhar. Por isso, o governo se preocupou tanto com o alerta dado pelos médicos do hospital sobre o surto de febre tifóide nas enfermarias da Misericórdia precipitado com o internamento de tantos estrangeiros em pouco tempo.<sup>104</sup> Exigindo da Mesa, as providências sanitárias para debelar esse mal o governo obteve como resposta que estava sendo providenciado “tudo o que foi compatível com o Compromisso e Regimento da Casa”.<sup>105</sup>

Apesar do interesse do governo, não havia disposição para ajudar de forma mais prática. Em alguns casos, o Ministério dos Negócios Estrangeiros se comprometia a pagar o

---

<sup>103</sup> 24/05/1835; 09/06/1836; 15, 20 e 27/07/1836; Atas, *ASCMRJ*.

<sup>104</sup> Tais surtos não eram raros. No ano seguinte, a doença que se disseminou pelo hospital foi a bexiga (variola). 30/07/1838, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>105</sup> 09/06/1836; 15 e 27/07/1836; 15/09/1836; Ofícios do Ministério do Império (1808-1839), julho/1836; 31/08/1836; Atas, *ASCMRJ*.

tratamento, como ocorreu com os colonos alemães vindos no final de 1827. Nada, porém, garantia o pagamento da internação de um grande número de colonos irlandeses, na mesma época.<sup>106</sup>

Esse problema era mais complicado em relação aos africanos livres que a Santa Casa vinha recebendo, desde 1834, para serem tratados em seu hospital “na certeza de que o Governo se responsabilizaria pela despesa deles”. Porém, logo no começo de 1836, a secretaria de justiça pedia que a Misericórdia assumisse os gastos e continuou enviando os africanos livres. Argumentando que eles não eram “propriamente desvalidos, nem como tais devem ser considerados, havendo, como há, uma Caixa onde se recolhe o produto de seus serviços”, a instituição pedia que fosse ressarcida, reclamando que suas rendas não eram suficientes “para os muitos encargos de Caridade Pública, que sobre ela gravitam”.<sup>107</sup>

O importante papel que a instituição desempenhava na saúde pública era reconhecido pelo governo que desde o início do Império se preocupou em fiscalizá-la. Em 1828, a Câmara Municipal determinou em suas posturas que, anualmente, o estado sanitário das prisões e dos estabelecimentos de caridade deveria ser averiguado. A partir de então, o Ministério do Império expedia ordens para que a Mesa da Santa Casa recebesse a visita de uma comissão.<sup>108</sup>

Além das condições de funcionamento do hospital, o governo tinha que se preocupar com a situação financeira do hospital, sobretudo na década de 1830. Em meados de 1833, por exemplo, a regência instituiu uma outra comissão diante do

---

<sup>106</sup> Atas, 23/12/1827. Os “Escravos da Nação” também eram enviados ao hospital da Misericórdia, quando doentes, por cujo tratamento o governo se comprometia a pagar. 20/02/1832, 15/06/1833, Ofícios do Ministério do Império (1808-1839), *ASCMRJ*.

<sup>107</sup> 06/03/1838, Atas, *ASCMRJ*. Na década de 1850, a questão parecia bem resolvida, já que os africanos livres passaram a trabalhar no hospital, desempenhando as funções de serventes.

<sup>108</sup> 03/03/1830, Ordens do provedor (1830-1834); 26/02/1830, 15/02/1833, 06/04/1837, Ofícios do Ministério do Império (1808-1839); *ASCMRJ*.

“estado de decadência em que se acha a Santa Casa da Misericórdia desta Corte, e convindo ocorrer com prontas providências para que tão útil Estabelecimento não chegue a aniquilar-se [...] privando-se aos miseráveis dos socorros, que nas ocasiões aflitivas lhes são necessários”.

Composta por Francisco Freire Alemão, médico interino do hospital, Jose Ferreira dos Santos e João Francisco de Pinho, a comissão deveria identificar os “abusos e erros” na administração da Santa Casa e propor “medidas que lhe parecer próprias para obstar a sua continuação, e promover o melhoramento daquela Casa”. Para isso, poderia

“exigir da Mesa em geral, e de qualquer pessoa ali constituída em Administração, ou Emprego em Particular, os Livros, papéis, e esclarecimentos que julgar necessários ao bom desempenho de seus trabalhos”.<sup>109</sup>

O resultado dessa intervenção não está claro nos documentos pesquisados, mas talvez a subscrição, feita logo depois dessa visita, com o fim de amortizar o débito da Santa Casa tenha sido uma sugestão da comissão.<sup>110</sup>

Uma ação mais direta no Estado no sentido de oferecer assistência hospitalar ocorreu com a chegada das epidemias de febre amarela, em 1850, e de cólera, em 1855. Até então os problemas com o aumento de pobres e, em consequência, de doentes eram atenuados com a caridade oferecida pelos ricos. Faziam doações ou deixavam legados preocupados com a salvação de suas próprias almas e, cada vez mais, com a preservação de

---

<sup>109</sup> Decreto da Regência de 05/07/1833, Ordens do provedor, *ASCMRJ*.

<sup>110</sup> 15/08/1833, Atas, *ASCMRJ*.

seus corpos, ameaçados com a concentração de pessoas vivendo em condições propícias ao desenvolvimento de doenças.<sup>111</sup>

Voltando a questão de quem era atendido na Santa Casa, observamos que o próprio regimento de 1827, apresentava brechas para que um rol maior de pessoas, além dos que se encaixavam na definição de pobre, recebesse atendimento gratuito. Um dos artigos, por exemplo, dispensava todas as formalidades em caso de perigo de morte do enfermo. Esclarecimento devidamente suprimido nos regulamentos seguintes, a fim de não estimular outras interpretações. Além disso, havia a recomendação de que, mesmo não conseguindo ter certeza sobre a pobreza de um doente, o hospital deveria acolhê-lo, pois não seria “justo, nem compatível com a Caridade, que fiquem ao desamparo aqueles que em tais circunstâncias procuram o abrigo da Santa Casa”. Embora essa determinação também tenha desaparecido dos regimentos seguintes, permanecia implícita, já que era um hospital de caridade.

Caridade que também se estendia aos escravos, que constituíam boa parte dos enfermos atendidos no hospital.<sup>112</sup> Provavelmente, alguns procuravam ajuda por conta própria, outros eram levados por seus senhores. A Mesa também estava atenta aos “abusos” praticados pelos proprietários, já que vivia às voltas com escravos abandonados por estarem muito doentes e/ou porque o dono não tinha condições de arcar com as despesas. A aceitação de escravos para serem tratados gratuitamente quando os senhores possuísem, no

---

<sup>111</sup> Sá, *obra citada*, p.110.

<sup>112</sup> Não foi possível quantificar o seu número porque as poucas listas de internos do hospital que pudemos encontrar no arquivo encontram-se em estado deplorável, dificultando o manuseio. Ubaldo Soares, em *Um século no roteiro da caridade*, apresenta números a partir de 1852.

máximo, dois, visava um maior controle da ocorrência desses casos.<sup>113</sup> Mesmo assim, freqüentemente, a Mesa recebia pedidos de proprietários de cativos tratados para que desculpasse as suas dívidas. Alguns propunham que o pagamento fosse feito através da doação do escravo ou do trabalho deste no próprio hospital ou em outro estabelecimento da irmandade.<sup>114</sup>

A definição de pobre diferia um pouco no regimento de 1852 justamente por restringir a pobreza à posse de um escravo. Essa modificação não surtiu o efeito desejado, já que, em 1854, o provedor estava preocupado com o excesso de doentes internados numa época sem epidemia. Para a Misericórdia, a explicação estava no fato de que o artigo não era respeitado havendo, “admissão ampla e quase ilimitada dos mesmos doentes, sem se exigir prova alguma da sua pobreza, fazendo-se sobretudo notável o número dos escravos de pobres, cuja existência excede constantemente a mais de cinqüenta”.<sup>115</sup>

A relação desses doentes com os médicos e cirurgiões também sofreu modificações, como a desvalorização da fala dos primeiros, apontada anteriormente. Tal relação, geralmente, tende a ser desigual face à fragilidade em que se encontra o enfermo. Considerando, que os médicos e cirurgiões que trabalhavam no hospital (assim como os que atendiam voluntariamente) não recebiam pagamento dos doentes internados, percebemos, então, menos necessidade de prestar atenção ao que estes falavam, às suas reclamações e solicitações. Junto a isso, acontecia um desnivelamento cada vez maior entre

---

<sup>113</sup> Essa regra foi elaborada em 1814, bem antes do regimento de 1827. 04/12/1814, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>114</sup> Por exemplo, 02/06/1828; 03/10/1830; 26/03/1832; 04/01/1833; 18/08/1833; 19/11/1833; 15/12/1833; 13/04/1834, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>115</sup> Regulamento e instrução – 1852/1860, *ASCMRJ*.

os discursos de cada um: os esculápios se colocavam numa posição superior utilizando uma linguagem própria da corporação, o que dificultava o diálogo com as pessoas atendidas.<sup>116</sup>

A uniformização da linguagem foi se dando aos poucos. Na década de 1820, ao invés de dividir o trabalho das duas enfermarias de medicina em turnos, o que gerava confusão porque cada médico fazia anotações ao seu modo e seguia orientações próprias, procurou-se fazer a divisão por enfermaria. Em 1832, foram elaborados pelos médicos do hospital um plano de dietas e um mapa de sua aplicação. Poucos anos depois, determinou-se que seriam feitos mapas mensais das enfermarias. Assim, haveria um controle maior acerca das moléstias com as quais os médicos se deparavam mais freqüentemente. Ainda nos anos de 1830, a fim de acabar com a “anarquia entre os Facultativos do Hospital e o Boticário”, estabeleceram um formulário para regularizar o receituário.<sup>117</sup>

Esse processo foi coroado com a publicação, em 1852, de um “catálogo nosográfico” que identificava pouco mais de 300 moléstias, incluindo as variações. A partir de então, os médicos eram solicitados a se aterem a esses nomes. Havia espaço para que fosse incluída uma denominação de certa moléstia que o facultativo, por ventura, considerasse mais adequada. Esta denominação particular, contudo, deveria ser escrita ao lado da que estivesse estabelecida no catálogo, contribuindo para que esse grupo adotasse uma nomenclatura própria. Um ano depois, a direção do hospital era mais assertiva:

“Não é lícito aos mesmos Facultativos afastarem-se da norma das Papeletas admitidas [...] nem das dietas constantes da Tabela Nº 2 sendo rigorosamente

---

<sup>116</sup> Outras pesquisas, sobre diferentes contextos, também tem apontado para essa direção: Mary Fissel, “The disappearance of the patient’s narrative and the invention of hospital medicine” em Roger French e Andrew Wear (eds.), *British medicine in an age of reform*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1991; Andrew Wear, *Medicine in society – historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

<sup>117</sup> 01/08/1824; 07/10/1832; 08/03/1835; 21/12/1838, Atas, *ASCMRJ*.

obrigados a classificar as moléstias com a nomenclatura do sistema adotado por convenção entre os Facultativos Clínicos do Hospital, com acordo da Administração Suprema da Santa Casa [...]”.<sup>118</sup>

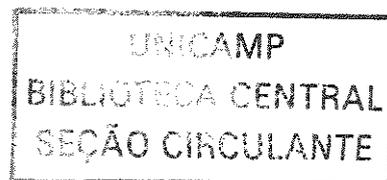
Procurava-se adaptar os alunos da Faculdade a esse sistema, já que eram os pensionistas quem deveriam copiar para outros cadernos os nomes das moléstias classificadas segundo a nosografia adotada e as prescrições que os médicos haviam escrito nas papeletas.

Junto a isso, a desvalorização do discurso do doente crescia com o fato de que estava internado num ambiente estranho ao seu, onde se tentava controlar o seu comportamento, o seu vestuário, a sua alimentação. E, teoricamente, não deveria haver espaço para negociação do que lhe fosse imposto. Na prática, porém, esse controle era relativo. Como já vimos, não havia empregados suficientes e, dessa forma, os internados tinham mais contato com o exterior do que o permitido, conseguiam comer o que não constava em sua dieta e, querendo ou não, os remédios e as sangrias nem sempre eram aplicados conforme a orientação do médico.

Para tentar diminuir esse problema, a direção buscava reforçar nos regimentos e determinações, da primeira metade do Oitocentos, as regras que queria impor. Dessa forma, declarava que os empregados deveriam atentar para que não permitissem a entrada de pessoas suspeitas e que se levasse às enfermarias “bebidas, comidas, ou qualquer outra coisa, que possa ser prejudicial à saúde dos enfermos”. Era proibida também a permanência de pessoas “curadas, vagabundos, criminosos, e escravos fugidos”.

---

<sup>118</sup> 24/07/1853, Regulamentos e instruções, *ASCMRJ*.



No regimento de 1852, essas orientações detalhadas não eram mais necessárias. O cotidiano do hospital já estava muito mais medicalizado e os funcionários, de um modo geral, tinham incorporado as funções e responsabilidades que lhes foram conferidas. A presença dos alunos da Faculdade ainda inspirava vigilância, embora os problemas enfrentados pela direção quanto ao seu comportamento fossem muito mais eventuais do que diários.

A transformação do hospital em lugar destinado ao tratamento e à cura de doentes vinha se dando há, pelo menos, três séculos na Europa ocidental.<sup>119</sup> No Brasil, o primeiro regimento do hospital da Misericórdia já estava inserido nessa concepção.<sup>120</sup> A irmandade declarava, neste documento, que era

“essencial que sejam admitidos aqueles que tiverem moléstias curáveis, e que apresentem a mais pequena indicação curativa, ou mesmo que se julgue preciso ficar debaixo de observação, e para cujo tratamento se faça mister que o doente esteja acamado, e seja visitado diariamente pelo Facultativo”.

No artigo seguinte, ressaltava-se que não seriam admitidos doentes de elefantíase (morféia ou mal de São Lázaro) porque havia um hospital específico, “nem indivíduos, cujas enfermidades forem absolutamente incuráveis” ou pouco graves que não precisassem

---

<sup>119</sup> No início do século XVI, se publicou em Portugal o Regimento das Capelas e Hospitais, o qual estabelecia a separação entre o doente e o peregrino, a exclusão dos doentes incuráveis e a presença contínua e regular dos administradores e médicos. Sá, *obra citada*, p.48.

<sup>120</sup> Esta pesquisa não incluiu documentos anteriores a 1800, contudo o regimento de 1827 nos induz a considerá-lo como o primeiro, já que foi elaborado para “acabar de uma vez com as contínuas arbitrariedades, que a falta de um Regimento tem dado motivo a se praticarem freqüentemente”.

ficar no hospital.<sup>121</sup> Porém, algumas situações mostram que não eram radicais no cumprimento dos artigos acima. Antônio Luiz da Silva, por exemplo, estava “há anos parálítico no Hospital desta Santa Casa, e sem esperança de melhoramento”.<sup>122</sup>

De todo modo, o interessante nessa questão são as implicações do que seria curável ou não. Com o regimento de 1827, valorizava-se mais a função do cirurgião responsável pelo encaminhamento dos enfermos que chegavam ao hospital para as enfermarias correspondentes aos tipos de doenças. Atentava-se também para a tarefa do mesmo cirurgião de observar e classificar os casos que mereceriam os cuidados médicos naquela instituição ou não. Vinte e cinco anos depois, segundo o regimento de 1852, essa observação e classificação das doenças era um trabalho muito mais complexo e específico como demonstra o catálogo nosográfico que, junto com as autópsias para o estudo das lesões associadas a determinadas doenças, constituíam características da medicina anátomo-clínica.<sup>123</sup>

Além de identificar os inválidos, alienados e doentes de elefantíase dos gregos, que não seriam admitidos no hospital, os médicos tinham que direcionar para enfermarias separadas os que “padecerem de tísica pulmonar no 3º grau, bexigas, sarampão, escarlatina, disenterias contagiosas, diarréias crônicas, e outras moléstias que possam ser reputadas

---

<sup>121</sup> Regimento de 1827. Ver Roy Porter, “‘Expressando sua enfermidade’: a linguagem da doença na Inglaterra georgiana” em Peter Burke e Roy Porter, *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo, Unesp, 1993.

<sup>122</sup> Recorria à Santa Casa para que ajudasse no pedido ao governo para que o ajudasse com os gastos do transporte a Portugal, onde teria alguma chance de melhorar, segundo os médicos, através do uso contínuo de banhos sulfurosos. 18/08/1833, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>123</sup> Flávio Edler, *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, tese de doutorado, UERJ, 1999. Exemplos de referências a autópsias: 05/12/1835, Ofícios do Ministério do Império; regimento de 1852, *ASCMRJ*. Em 1853, a Junta de Higiene oficiava ao chefe de polícia para que fosse sepultado “cadáver de indivíduo falecido repentinamente sem que primeiro se proceda à autópsia cadavérica; e isto não só para evitar se a impunidade de algum crime, como também para que a ciência ganhe conhecimento da lesão patológica que determina tais mortes repentinas”. 08/11/1853, 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

contagiosas”. A preocupação com as doenças contagiosas estava relacionada com o medo da disseminação de novas epidemias, como a da febre amarela.

O fato de haver uma relação próxima com a Academia/Faculdade, do contexto de organização e de luta pelo monopólio do exercício terapêutico, muda o significado da categoria (in)curável. O doente que não podia ser curado pela medicina acadêmica, não podia ser curado. Situação diferente da encontrada nas primeiras décadas do século XIX, quando os doentes, cujos médicos da Santa Casa não conseguiram curar, passavam às mãos dos curandeiros ou sangradores. Estes, com conhecimentos diferentes sobre as enfermidades, as plantas medicinais, com concepções de doença e cura, provavelmente, mais próximas às das pessoas atendidas, tinham boas chances de curá-las. Foi esse o caso de Adão e José, que munidos dessa experiência e de atestados dos Irmãos, se dirigiam às autoridades competentes, solicitando as autorizações para exercerem as suas atividades.<sup>124</sup>

Claro que mesmo depois dessa época continuaram a existir pessoas desenganadas que procuravam e, por ventura, encontravam outros tratamentos que lhes proporcionassem a cura – seja de outros médicos acadêmicos, de homeopatas, de curandeiros. Mas isso acontecia fora do hospital. Uma vez que os “incuráveis” não chegavam a se internar no hospital, todos os enfermos seriam, teoricamente, passíveis de serem curados pelos médicos e cirurgiões. Estes queriam e criavam condições para que pudessem monopolizar o exercício terapêutico dentro da instituição.

O fato de que os enfermos recebidos no hospital estivessem se encaixando progressivamente na categoria curável, proporcionava também dados para serem elaborados na estatística do hospital – um artifício cada vez mais utilizado para mostrar a

---

<sup>124</sup> Ver “sangradores e curandeiros” acima.

eficácia da medicina acadêmica e fazer propaganda do estabelecimento tentando atrair enfermos que se internassem “às suas custas”.<sup>125</sup>

No final da década de 1830, começou a haver uma maior preocupação com os números do hospital. Registravam quantos doentes havia, quantos entraram, quantos saíram mensalmente e faziam as contas para saber o movimento durante o ano. No final da década seguinte, os números apresentados já estavam mais elaborados e o provedor divulgava os seguintes resultados: entre 1830 e 1839, a mortalidade do hospital era de 20%, com 74% de pessoas restabelecidas. Com todas as mudanças que viemos tratando, cujo sentido era encarado como progresso pela direção e pelos médicos da Santa Casa, entre 1839<sup>126</sup> e 1848, a mortalidade caiu para 16%, enquanto o número de pessoas restabelecidas aumentou para 86%.<sup>127</sup>

Alguns médicos, contudo, colocavam a culpa nos próprios doentes pelos números de recuperação dos internados não serem mais favoráveis à medicina acadêmica. Admitindo que, muitas vezes, esta não era a primeira opção dos enfermos, argumentava-se que era preciso considerar que muitos se dirigiam aos hospitais apenas “depois de perderem todas as esperanças de curarem-se a seu modo”. Assim, os intentos dos médicos esbarrariam no “desleixo próprio da classe pobre”. O que era desleixo para uns, para outros constituía uma forma de utilizar a internação no hospital para acessar os serviços de enterramento da Misericórdia.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup> Jonathan Barry e Colin Jones, *Medicine and charity before the welfare state*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1991. Luiz Otávio Ferreira, *obra citada*, p.78.

<sup>126</sup> O ano se referia ao ano compromissal: de junho a julho, mês em que a Mesa eleita tomava posse.

<sup>127</sup> 24/08/1848, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>128</sup> Francisco Antonio de Azeredo, *Algumas considerações geraes acerca da importância e hygiene dos hospitaes civis*, tese apresentada à FMRJ, 1844.

Depois da inauguração do novo hospital, as estatísticas comprovavam aos olhos do corpo médico a eficiência da aplicação das regras de higiene. Nas enfermarias do velho hospital, a mortalidade era de 24%, contrastando com os 7% encontrados no novo.<sup>129</sup> A importância da estatística na afirmação do hospital sob o comando predominante dos médicos acadêmicos pode ser verificada com a instituição do cargo de ‘médico diretor da estatística civil e médica do hospital e enfermarias públicas’. Independentemente de como esses dados foram produzidos, ajudaram a consolidar esse processo a partir do qual os médicos começaram a ter mais poder e contribuíram para início de outra modificação no que diz respeito a que tipo de doente o hospital estava voltado.

O direcionamento do atendimento no hospital para grupos sociais mais remediados foi uma das grandes mudanças nesse período. Pelo menos desde 1812, os preços das diárias eram estabelecidos.<sup>130</sup> Já que definiam quem seria tratado de graça, havia os que deveriam pagar. Além de tentar diminuir as despesas, organizar loterias, reajustar o aluguel de seus imóveis, a Misericórdia tentava equilibrar as suas finanças procurando ser mais rigorosa na cobrança pelo tratamento de quem não se encaixava na definição de pobre.

Em 1830, a irmandade apertava o cerco, ordenando que as pessoas que fossem tratadas “às suas custas” só seriam admitidas se fizessem o depósito relativo às despesas, assim como os escravos curados seriam devolvidos aos senhores apenas depois que a conta do hospital fosse paga.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> 04/01/1853, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>130</sup> As atas foram pesquisadas a partir de 1800. Em 1812, as “pessoas libertas” pagavam 800 rs por dia mais os remédios e os donos de escravos, 500 rs além dos medicamentos. Em 1830, passaram a cobrar 1000 rs e 800 rs, respectivamente, o que permanecer até a década de 1840. 04/09/1812; 03/03/1830; 05/07/1840, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>131</sup> 29/11/1830, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

Com a inauguração do novo hospital, essa estratégia mudou. No novo regimento havia um artigo que cuidava especialmente dos enfermos pagantes, visando a expansão dos grupos sociais que podiam se interessar em se tratar na Misericórdia. Eram divididos em três classes:

“1ª Classe: quarto separado para um só doente, com tratamento especial, 2\$000;

2ª Classe: quarto para dois doentes, com tratamento igual aos da 1ª Classe, 1\$600;

3ª Classe: em Enfermarias para 32 leitos, sendo pessoa livre 1\$000, se for escravo 800 réis”.

A 3ª classe era alocada junto com os enfermos pobres, da mesma maneira que acontecia antes da inauguração do novo hospital. A 1ª e a 2ª classes constituíam as novidades e, junto as estatísticas favoráveis, eram uma forma de atrair as pessoas que se internavam “às suas custas”.<sup>132</sup> A grande diferença residia no tratamento mais cuidadoso porque enfermeiros, pensionistas e médicos tinham mais tempo para cuidar de menos gente e na qualidade do vestuário e roupas de cama – ao invés de algodão, linho.

Diante da presença de enfermos pertencentes a grupos sociais mais abastados, a administração passou a aceitar que os doentes tivessem uma certa liberdade de escolha em relação aos médicos. O médico diretor determinou que se considerasse o pedido de doentes para que fossem “enviados a Enfermarias determinadas, uns por terem mais confiança nos Facultativos dessas Enfermarias, outros por terem sido por eles tratados, antes de virem ao

---

<sup>132</sup> Na Misericórdia de São Paulo, os quartos particulares foram instituídos a partir de 1867. Laima Mesgravis, *obra citada*, p.230.

Hospital, e até senhores de escravos por serem tais Facultativos do partido de suas casas”.<sup>133</sup>

Durante toda a primeira metade do século XIX, existiu preocupação em cuidar dos doentes “com brandura, e caridade [...] tratando-os sempre com voz baixa, e bom modo”. Com isso em mente, os empregados subalternos, como os pensionistas e os enfermeiros, tinham que manter a ordem, zelando para que houvesse “o maior silêncio, sossego possíveis nas suas respectivas enfermarias em qualquer ocasião, e principalmente no ato da visita dos Facultativos”. Também não consentiriam “jogos, nem que fumem, e menos que andem a passear pelas enfermarias, quando para isso não haja expressa ordem do Facultativo”.<sup>134</sup>

Regras semelhantes às que os próprios funcionários deveriam seguir. No caso destes, com o tempo, as determinações específicas quanto ao comportamento deixaram de ser necessárias. Em relação aos enfermos, ocorreu o contrário. Afinal, em meados do Oitocentos, o quadro médico estava se expandindo, se fortalecendo e confirmando sua posição de autoridade principal dentro do hospital. As pessoas enfermas que se internavam, diferentemente, estavam sendo definidas e identificadas quanto ao grupo social e tipo de doença admitida para tratamento.

Assim, em 1855, os enfermos passaram a estar submetidos a um regulamento próprio que o diretor do serviço sanitário mandaria afixar em vários lugares do hospital. Nele, estavam estabelecidos alguns direitos e deveres do doente internado, insistindo no

---

<sup>133</sup> 02/03/1853, Portarias – Atos do provedor (1824-1854), *ASCMRJ*.

<sup>134</sup> Regimento de 1827, *ASCMRJ*.

sossego e respeito com que deveriam se comportar, restringindo os seus movimentos. O terceiro artigo, por exemplo, proibia aos enfermos:

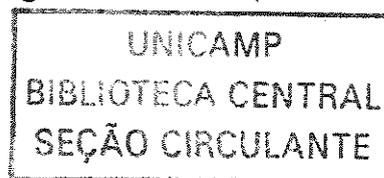
- 1º – Cuspir das janelas do Hospital, ou no seu pavimento (estando providos de escarradeiras); bem assim lançar no mesmo pavimento qualquer coisa que possa conspurcá-lo;
- 2º – Falar muito alto, jogar, disputar, ou fazer bulha nas enfermarias; bem como fumar nelas sem ordem escrita do Médico;
- 3º – Entrar em outras enfermarias, ou vagar por lugares onde não lhes é permitido estar;
- 4º – Chegar às janelas das enfermarias que deitam para a rua; podendo porém fazê-lo nas dos corredores que deitam para o jardim, pelas quais todavia nada lançarão;
- 5º – Assentar ou deitar-se em outra cama, que não seja a sua, a qual deverá estar sempre coberta e de uma maneira decente.

As punições, estabelecidas pela primeira vez, a quem desobedecesse ao regimento referiam-se à privação de parte ou de toda a dieta (considerando-se o seu estado de saúde), dos passeios, à retenção forçada nas suas camas ou a “outras penas praticadas nos Hospitais de Caridade” não especificadas.

Ao lado da medicalização do hospital, o aspecto religioso não foi descuidado. Assistir às missas figurava como um dos direitos do internado, assim como os passeios no jardim, em horas determinadas.<sup>135</sup> O dia dos internados começava com o “almoço”,

---

<sup>135</sup> 10/04/1855, Portarias – Atos do provedor (1855-1868) e Registro dos officios (1854-1856); *ASCMRJ*.



distribuído antes da visita diária do médico (que ocorria às sete e meia ou às oito horas, dependendo da época do ano). O “jantar” era servido depois do meio-dia e a ceia antes das sete ou das seis (também de acordo com os meses). Só podiam sair à rua com permissão do administrador.<sup>136</sup>

As visitas eram um direito e as alterações em suas regras demonstram a tendência de manter um maior controle nas dependências do hospital. No regimento de 1827, apenas as horas de visita eram delimitadas, podendo ser feitas em qualquer dia. Cinco anos depois, eram consideradas excessivas e foram limitadas à parte da tarde. Em 1852, já se pretendia restringi-las bem mais: eram permitidas apenas a parentes e amigos, “devendo-se negar-se a escravos, e a pessoas, que por suas aparências possam fazer crer que os doentes nenhum benefício podem receber de tais visitas”. Além disso, deveriam sempre ser acompanhadas de algum empregado do hospital. Um ano depois, os enfermos poderiam receber apenas dois visitantes de uma vez e somente às quintas-feiras. Finalmente, em seu regulamento específico, de 1855, completavam que<sup>137</sup>

“durante as visitas conservar-se-ão em suas camas, ou perto delas; sendo-lhes expressamente proibido receber dos visitantes qualquer coisa para comer ou beber, trazida de fora do Hospital”.

Tais regras tentavam disciplinar o comportamento dos doentes dentro da nova hierarquia que estava sendo construída, complementando o processo de medicalização do hospital.

---

<sup>136</sup> Regimento de 1852, *ASCMRJ*.

<sup>137</sup> 30/03/1832, Ordens do provedor (1830-1834); 21/08/1852 e 06/05/1853, Regulamento e instrução (1852-1860), *ASCMRJ*.

## As mulheres no hospital

As visitas às mulheres internadas também foram sendo cercadas de mais cuidados. Em 1853, elas só poderiam receber visitantes do sexo masculino se fossem seus maridos ou pais e, mesmo assim, por quinze minutos, no máximo.<sup>138</sup> Desde a década de 1820, pelo menos, a direção se empenhava em alocar enfermeiras nas enfermarias femininas, porque era “incompatível” que homens exercessem essa função.<sup>139</sup>

Com a inauguração do novo hospital, elas foram quase isoladas. Enquanto as novas acomodações foram destinadas aos homens, às mulheres restaram duas enfermarias – uma de cirurgia e outra, de medicina – no velho, junto com uma única enfermaria masculina. Não surpreende que elas fossem postas em lugares desprivilegiados (como vimos, no antigo hospital a mortalidade era maior), já que esta era a sua posição na sociedade. As que podiam pagar quartos de 1ª ou 2ª classe constituíam as exceções.<sup>140</sup>

Outra diferenciação no tratamento dizia respeito à contribuição que algumas doentes pobres deveriam fazer. Não havia nenhuma menção ao trabalho dos enfermos tratados gratuitamente, fossem escravos ou livres. Contudo, as mulheres, especificamente aquelas que “em grande número, ganharam suas moléstias na vida criminosa de uma dissoluta imoralidade”, deveriam ajudar no serviço de costura da rouparia, se o estado de saúde permitisse. O provedor justificava essa determinação argumentando que não era justo que “as rendas dos pobres de melhores costumes” fossem aplicadas no tratamento e curativo de tais mulheres. Essa ordem era movida, de fato, pelo aumento do número de doentes internados e, conseqüentemente, da despesa com as roupas. Entre os grupos

---

<sup>138</sup> 06/05/1853, Regulamento e instrução, *ASCMRJ*.

<sup>139</sup> 01/08/1824, Atas, *ASCMRJ*.

<sup>140</sup> 20/04/1854, Atas, *ASCMRJ*.

subalternos, o escolhido para remediar esse problema, através de seu trabalho, foi o dessas mulheres.<sup>141</sup>

Dentro do quadro de funcionários do setor médico do hospital, cabia às mulheres o ofício de parteira, subordinado aos médicos, e o de enfermeira, subordinado a estes e ao enfermeiro-mor. Da mesma forma que no caso dos enfermeiros, existia uma hierarquia constituída pelas funções de 1ª enfermeira, enfermeiras ordinárias, serventes e porteira. Entre as especificidades das enfermarias femininas, as empregadas tinham que cuidar para que as internas ficassem em silêncio e se contivessem “com decência e recato próprios de seu sexo”.<sup>142</sup>

Infelizmente, apenas uma parteira foi identificada na documentação. Talvez sua posição de destaque estivesse relacionada ao modo como foi inserida na Misericórdia. Evidenciando mais uma forma de o governo intervir na instituição, as relações de clientelismo levaram o provedor a admitir Madame Stephanie Warnault “ao exercício de Parteira” respondendo a uma “insinuação do imperador. A partir de então o cirurgião hospital deveria chamá-la “todas as vezes que for necessária a sua arte no Hospital desta Santa Casa”.<sup>143</sup>

Assim como para médicos e cirurgiões, ostentar entre as dezenas de anúncios nas folhas da cidade que fazia parte do quadro da Santa Casa, podia servir para uma parteira se sobressair frente à concorrência. Por isso, ao anunciar os seus serviços particulares, Stephanie fazia questão de exibir o seu ‘título’ de parteira do hospital da Misericórdia:

---

<sup>141</sup> 20/12/1852, Registros, *ASCMRJ*.

<sup>142</sup> Regimento de 1827, *ASCMRJ*.

<sup>143</sup> 26/08/1830 (1) e 27/08/1830 Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

“Madame Stephanie, **Mestra Parteira da Santa Casa da Misericórdia**, tem a honra de participar ao respeitável Publico, que ela tem na sua casa, rua da Alfândega n. 158, primeiro andar, quartos mui decentes prontificados para Sras., onde serão tratadas com todo o asseio, desvelo, e melindre que exigir a sua situação: encarrega-se também de escravos por preços cômodos.”<sup>144</sup> [grifo meu].

Apesar de haver um curso de parteira que concedia às aprovadas um diploma da Faculdade, não há outras referências sobre a sua atuação na Misericórdia. A Academia Médico-Cirúrgica oferecia uma cadeira de “partos”, que passou a ser denominada “partos, moléstias de mulheres peçadas e paridas e de meninos recém-nascidos” no currículo da Faculdade.<sup>145</sup>

Por um lado, a dificuldade em se encontrar informações sobre parteiras no hospital, nesse período, está de acordo com a expansão da presença dos médicos e as tentativas de desqualificação do conhecimento dessas mulheres. Cada vez mais apareciam médicos que se denominavam especialistas em obstetrícia e doenças de mulheres e recém-nascidos, conforme já apontava a cadeira oferecida pela Faculdade.

Há que se considerar, por outro lado, que – diferente dos sangradores, muito solicitados em quase todas as concepções terapêuticas, tanto em casa e na rua, quanto em lojas de barbeiro, casas de saúde e hospitais – esse ofício era exercido, em sua maior parte, no ambiente doméstico. Provavelmente, não havia muitas parteiras atuando dentro do

---

<sup>144</sup> 17/01/1835, *Jornal do Commercio*.

<sup>145</sup> Era ministrada no 5º ano pelo professor Francisco Júlio Xavier. Na época da Academia as aulas eram dadas por Manuel da Silveira Rodrigues.

hospital. A sua atividade – partejar – é que foi sendo medicalizada, apropriada pelos médicos e trazida para o âmbito hospitalar.

Os cuidados que cercavam o ato de parir eram tradicionalmente tratados entre mulheres. Como vários estudos têm demonstrado, a presença dos médicos e cirurgiões, cada vez maior, nesse aspecto das vidas das mulheres foi se dando aos poucos. Além disso, parteiras e grávidas não se mantiveram passivas diante dessas mudanças – ambas tinham interesses que as aproximavam ou afastavam dos hospitais e que também se modificavam nesse processo.<sup>146</sup>

Por muito tempo, as parturientes mantiveram a sua confiança e preferência pelas parteiras. Com o passar dos anos, muitas destas foram tendo formação acadêmica dada por médicos e cirurgiões. No entanto, esses ainda tiveram que esperar bastante até que o atendimento obstetrício se tornasse o modelo ideal de como se deveria dar à luz.<sup>147</sup>

Nas primeiras décadas do Oitocentos, era na enfermaria das mulheres (onde se recebia enfermas por diversas causas) que se acolhiam as parturientes. Nessa situação havia até um excesso de grávidas internadas, segundo a direção da Misericórdia. A preocupação da Santa Casa com a despesa relativa à internação das parturientes, revela a atitude dessas mulheres que viam aí a solução para os seus problemas, pois

---

<sup>146</sup> Carlos Zolla e Ana Maria Carrillo, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, em Juan Guillermo Figueroa (org.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, El Colegio de México, 1998, pp. 167-198; Hilary Marland, *Midwives, society and childbirth – debates and controversies in the modern period*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1997; Hilary Marland, *The art of midwifery – early modern midwives in Europe*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1993; Virginia Quiroga, *Poor mothers and babies – a social history of childbirth and child care hospitals in Nineteenth-Century New York City*, Nova Iorque e Londres, Garland Publishing, 1989; Deborah McGregor, *From midwives to medicine – the birth of American gynecology*, New Brunswick, Nova Jersey, Londres, Rutgers University Press, 1998.

<sup>147</sup> Um estudo sobre regiões da Europa ocidental onde essa mudança ocorreu mais completamente e primeiro, ver Signild Vallgarda, “Hospitalization of deliveries: the changes of place of birth in Denmark and Sweden from the late Nineteenth Century to 1970”, *Medical History*, 40, 1996. Ver Maria Lúcia de Melo Souza, *Parto, parteiras e parturientes – Mme Durocher e sua época*, tese de doutorado, USP, 1998.

“se apresentam neste Hospital, três e mais meses a espera dos seus bons sucessos e que é assaz agravante aos interesses desta Santa Casa, segundo me informa o Enfermeiro-Mor, acrescentando ser costume já inveterado”<sup>148</sup>

Portanto, utilizavam o serviço de assistência ao parto do hospital, para se recolherem quando começava a ser muito difícil esconder a barriga. Tratava-se, provavelmente, de uma forma de ocultar uma gravidez condenável em certos grupos sociais por ter acontecido numa relação fora do casamento católico. De acordo com as posturas municipais, a Câmara deveria providenciar às mulheres que quisessem ter seus partos secretos essa possibilidade em prol das conveniências sociais. Contudo, essa assistência não era oferecida da forma prevista.

Considerando-se essas situações, pode-se avaliar a importância das parteiras, que se tornavam confidentes dos segredos das grávidas, auxiliando-as com sua experiência a fazer aborto ou a parir e dar algum destino à criança. Claro que podiam se tornar uma ameaça justamente por este conhecimento. Em alguns contextos, como na cidade do México, havia uma enfermaria de “partos ocultos” que se justificava por tentar proteger as grávidas de possíveis chantagens, da prática do aborto e na exclusão social. A fim de tornar tal proteção mais efetiva as mulheres eram acolhidas sob anonimato e podiam passar toda a estadia (inclusive durante o parto) com um pano cobrindo o rosto, além de que o prédio contava com várias portas que davam para a rua, o que ajudava a escondê-las.<sup>149</sup>

Esses artifícios elaborados não eram encontrados na Santa Casa, já que seu objetivo era apenas dar assistência na hora do parto. As grávidas, porém, percebiam uma

---

<sup>148</sup> 11/03/1832, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>149</sup> Josefina Muriel, *obra citada*, cap.XIV.

oportunidade de solucionar mais confortavelmente os seus problemas,<sup>150</sup> uma vez que a casa dos expostos, destino de muitas crianças indesejadas, era administrada pela Misericórdia. Essa utilização, claro, não era prevista nem desejada pela instituição<sup>151</sup> que, “para abolir estes abusos”, ordenava que fossem “escrupulosamente examinadas pelo respectivo Facultativo, e que este declare aos Irs. Mordomos a proximidade do seu parto para então serem admitidas”.<sup>152</sup>

A criação de uma enfermaria de partos, em 1847, no hospital da Misericórdia foi uma importante conquista para os médicos no processo de apropriação da atividade de partejar. Sob responsabilidade de um médico cirurgião, seriam “recebidas as mulheres pobres que procurarem este asilo, bem como as que aí quiserem ser tratadas e assistidas a sua custa”.<sup>153</sup>

Uma característica do hospital da irmandade da Misericórdia era ser aberto a qualquer grupo social. Diferente de enfermarias de outras irmandades voltadas para os próprios membros ou de outras instituições nas quais os doentes precisavam da indicação de seus benfeitores para serem internados, a Santa Casa adquiriu grande importância no dia a dia da cidade.<sup>154</sup>

---

<sup>150</sup> Jürgen Schlumbohm se deteve no tema, focando sua pesquisa no hospital da Universidade de Göttingen: “‘The pregnant women are here for the Sake of the Teaching Institution’: the lying-in hospital of Göttingen University, 1751 to c.1830”, *Social History of Medicine*, v.14 (1), 2001.

<sup>151</sup> Ver Jonathan Barry e Colin Jones, *Medicine and charity before the welfare state*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1991, especialmente a introdução.

<sup>152</sup> 16/03/1832, Ordens do provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>153</sup> 22/12/1847, Portarias – Atos do Provedor, Resolução sobre enfermaria para partos, *ASCMRJ*.

<sup>154</sup> Como exemplos do primeiro caso: os hospitais das Ordens Terceiras de São Francisco da Penitência e do Carmo. Para o segundo, há exemplos de outros contextos: Ronald Cassell, *Medical charities, medical politic – the Irish dispensary system and the poor law, 1836-1872*, Rochester,

As duas enfermarias existentes no início do século XIX, se desdobraram em quatorze mais dezesseis quartos de um leito e dezesseis, de dois,<sup>155</sup> em meados do Oitocentos. A oferta de leitos na Santa Casa aumentou e outras enfermarias e casas de saúde foram abertas no período. Mais significativo do que isso: o hospital da Misericórdia, que continuou sendo o mais importante, passou por grandes modificações em sua organização.

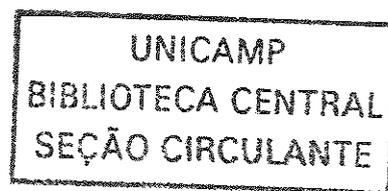
Com o aumento da procura por atendimento hospitalar – em função do crescimento da população e do comércio na cidade –, houve necessidade de se contratar mais empregados – de médicos a serventes. Junto a isso, os médicos estavam em processo de luta pelo monopólio da atividade terapêutica e de organização em torno de Sociedade, periódicos especializados e Academia/Faculdade. Devido ao papel que o hospital desempenhou no ensino médico acadêmico, mais médicos, cirurgiões e estudantes passaram a frequentá-lo. A relação com a Faculdade foi fundamental para que o estabelecimento da Misericórdia fosse palco das transformações no exercício das atividades terapêuticas.

Assim, de um médico, um cirurgião, um boticário e alguns enfermeiros e serventes, no começo do século, a Santa Casa passou a administrar, na década de 1850, o trabalho de oito médicos e seus respectivos substitutos, um boticário e seus dez ajudantes, vinte e sete pensionistas, vinte e seis enfermeiros/as, vinte e oito serventes e dezoito irmãs de caridade. Apesar de terem variado bastante por esses anos de epidemia, sobretudo, em função das enfermarias que a Misericórdia deveria manter em alguns pontos da cidade, esses números nos dão uma idéia do crescimento de seu quadro de funcionários.

---

The Boydell Press, 1997; “The foundation and evolution of the Middlesex hospital’s lying-in service, 1745-86”, *Social History of Medicine*, 14 (1), 2001.

<sup>155</sup> Em outro documento, há referência a 16 enfermarias de 1 e 2 leitos.



Junto com essas mudanças, foi havendo uma progressiva interferência do governo: isso se dava através de decretos para que a Santa Casa abrigasse aulas teóricas e práticas da Faculdade, de sugestões para que empregasse determinados médicos, de intervenções nos tipos de castigos que não poderiam ser aplicados a seus empregados.<sup>156</sup> Além disso, o fato de que boa parte da renda do hospital provinha de doações e legados de pessoas ligadas de alguma forma ao governo, inclusive do próprio imperador e de ministros, proporcionava um constante diálogo com a administração da Santa Casa, permitindo um certo direcionamento no atendimento oferecido.<sup>157</sup>

Diante da maior presença de médicos, em geral, e de professores e alunos de medicina no hospital, a sua administração procurava criar, hierarquizar e regulamentar cargos e funções. Tudo era feito em meio a problemas e conflitos à medida que a irmandade – religiosa e leiga – procurava manter o controle sobre esse número de representantes da medicina acadêmica cada vez maior e mais reivindicativo de melhores condições de trabalho.

As sucessivas repetições do conteúdo dos regulamentos denunciam as dificuldades da Santa Casa para impor a sua ordem. Quando a ordem médica e laica parecia bem avançada em seu predomínio no espaço hospitalar – inclusive ditando a ordenação do

---

<sup>156</sup> Em 1825, por exemplo, o Ministério do Império ordenou que fossem abolidos o cárcere e os demais castigos aplicados a enfermeiros e serventes que não cumprissem os seus deveres 27/05/1825, *Ofícios do Ministério do Império (1808 a 1839)*, *ASCMRJ*.

<sup>157</sup> Por exemplo, quando e onde deveriam ser estabelecidas enfermarias públicas nas épocas de epidemia.

próprio espaço físico -, as irmãs de São Vicente de Paula chegaram garantindo lugar no cotidiano a pessoas leigas e religiosas.<sup>158</sup>

Se voltarmos às questões levantadas no início do texto, podemos agora responder que em relação à *através de quem* essa assistência era prestada, vimos que os médicos estavam cada vez em maior número e importância no hospital. E um fato que contribuía para haver esse espaço para o desenvolvimento da medicina acadêmica era que a finalidade deste já não era, no início do século XIX, a de abrigar os pobres. Mesmo que suas atividades se baseassem no compromisso de praticar a caridade cristã, seu objetivo era tratar *os doentes*. O fato de a caridade ser exercida pela irmandade em vários outros lugares ajudava a conformar a tendência de não se aceitar mais determinados casos.<sup>159</sup> Os Irmãos também tinham que se preocupar com o Recolhimento para as órfãs, a casa dos expostos, a alimentação, tratamento e assistência jurídica dos presos, o enterro de pobres e as esmolas e roupas dadas periodicamente a alguns desvalidos.

No hospital, a caridade era praticada com a admissão de doentes pobres para serem tratados gratuitamente. Porém, esses doentes tinham que se encaixar cada vez mais no que passava a ser considerado um enfermo que podia ser tratado naquele hospital, pois, ao longo desse período, foram sendo excluídos os que tivessem moléstias tidas como

---

<sup>158</sup> O estudo do período posterior seria interessante para analisar os prováveis conflitos que a presença das irmãs pode ter despertado nesse ambiente em que os médicos procuravam obter hegemonia. Em seu estudo sobre as artes de curar no Rio Grande do Sul, entre 1889 e 1928, Beatriz Weber também aponta para conflitos entre a administração laica e as irmãs franciscanas que auxiliavam no cuidado dos doentes do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. *As artes de curar – medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. Santa Maria/Bauru, UFSM/EDUSC, 1999.

<sup>159</sup> John Frangos analisou os conflitos nos hospitais parisienses entre os religiosos que os dirigiam e os médicos, cujo poder estava crescendo, durante o período do antigo regime e da revolução, focando na transformação dessas instituições de caritativa para curativa. *From housing the poor to healing the sick – the changing institution of Paris hospitals under the Old Regime and Revolution*, Cranbury, Londres e Mississauga, Associated University Presses, 1997.

contagiosas ou incuráveis.<sup>160</sup> Desse modo, procurava-se circunscrever a admissão dos doentes aos que fossem passíveis de serem curados pela medicina acadêmica. Ainda que as várias tentativas frustradas de regulamentação das atividades do hospital deixassem um certo espaço para a atuação dos sangradores e curandeiros, a exclusão dos doentes incuráveis significava também a exclusão de curandeiros, como o exemplo citado de José Coelho.

A partir da década de 1850, com as epidemias de febre amarela e de cólera, o governo passou a ver necessidade de assumir a assistência médica à população atingida, criando e administrando hospitais específicos para essas doenças suspeitas de serem contagiosas.<sup>161</sup> Mesmo assim, o Estado não tomou para si a responsabilidade de prover, de forma direta, assistência médica para população em geral – a Santa Casa continuava sendo responsável por cuidar das doenças mais cotidianas.<sup>162</sup>

---

<sup>160</sup>“É sim determinado no mesmo, que no Hospital se não recebam doentes de Morphéia, Ethisos, e doudos, estes por falta de cômodos, e aqueles por haver Hospital próprio para ela: da mesma forma moléstias incuráveis”. 26/06/1830, Ordens do Provedor (1830-1834), *ASCMRJ*.

<sup>161</sup> Ordens “a fim de que nos hospitais públicos e particulares desta Corte não se receba doente algum de febre amarela, vindo de embarcações sustas neste porto”. 23/12/1853, Ministério do Império, *ASCMRJ*.

<sup>162</sup> Inclusive com a obrigação de manter algumas enfermarias permanentes em alguns pontos da cidade. Parecer do dr. Lallemand sobre pedido do ministro do Império de 31/05/1854 acerca de requerimento do provedor da SCM, que implora para que esta fosse aliviada do ônus do decreto de 5/09/1850 e de 14/06/1851, “isto é, do encargo de estabelecer, manter e conservar nas freguesias de Santa Anna, do engenho Velho, e Lagoa”.

## CAPÍTULO 3

# A JUNTA CENTRAL DE HIGIENE PÚBLICA E O CÓLERA

Após analisarmos as transformações legislativas e no dia a dia ocorridas no exercício das práticas terapêuticas na sociedade e no hospital da Santa Casa, vamos nos concentrar nos primeiros anos de existência da Junta de Higiene Pública, instalada para pautar medidas que prevenissem e/ou controlassem a epidemia de febre amarela que atingiu a cidade no final de 1849 e começo de 1850.<sup>1</sup> A criação da Junta constituiu um marco importante para as pretensões da medicina acadêmica de monopolizar as práticas e os saberes terapêuticos. Representou a institucionalização de sua autoridade. Formada por médicos, fiscalizava e propunha ações preconizadas pela Higiene, tendo uma relação mais direta do que a Academia Imperial de Medicina (que desempenhava esse papel nas décadas de 1830 e 40) com o Governo Imperial, a Câmara Municipal e a Polícia.

Depois daquela incursão, o “vômito preto” esteve presente nos verões seguintes, embora com menor intensidade.<sup>2</sup> Em meados de 1855, a população se viu face a face com outro flagelo: o cólera. Os sintomas e o grau de mortalidade inspiravam tanto medo que os médicos no Brasil estavam atentos a sua trajetória pelo mundo e às discussões travadas sobre a doença havia mais de duas décadas, como veremos adiante.

Com o desenvolvimento de epidemias dessas duas doenças caiu por terra a esperança de que a salubridade de nosso clima protegeria os seus habitantes. Os médicos, então, foram chamados – e atenderam prontamente – a aconselhar sobre a saúde pública. Examinaram todos os aspectos da vida social: habitação, saneamento, alimentação, vestuário, prática ilegal da medicina, comportamento sexual, etc. Prescreveram os

---

<sup>1</sup> Ver Lycurgo Santos Filho, *História geral da medicina brasileira*, São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991, v.2, p.499.

<sup>2</sup> Presença registrada nas atas da Junta de Higiene durante dos primeiros anos da década de 1850. Códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ)*.

comportamentos mais saudáveis e recomendaram medidas rigorosas como quarentenas e seqüestro de doentes.

Alguns dos mais importantes trabalhos sobre história da medicina, de influência marcadamente foucaultiana, já estudaram esses aspectos.<sup>3</sup> Pesquisas mais recentes têm apontado para problemas nessa abordagem que pressupunha os médicos com um poder muito maior do que possuíam sobre o governo. Também temos visto que estes não constituíam um corpo coeso.<sup>4</sup>

Os debates, por vezes bastante duros, sobre convicções científicas e políticas não se limitavam aos círculos acadêmicos. Os periódicos de grande circulação funcionavam como veículos para tais discussões, que contavam com a participação de leigos. E, como muitos estudos têm mostrado, em contextos de epidemias as opiniões se tornam mais exacerbadas e explícitas, intensificando os conflitos.<sup>5</sup>

Veremos, então, que assim como uma epidemia contribuiu para a constituição da Junta, estabelecendo uma posição mais proeminente dos médicos junto ao poder político, essa mesma situação tornava os atritos mais constantes até dentro do próprio órgão sobre temas fundamentais. Mais que isso: evidenciava a pluralidade de terapias não oficializadas, entre as quais, a homeopatia. As autoridades médicas, alopatas em sua maioria, dedicaram

---

<sup>3</sup> Roberto Machado et al., *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978; Jurandir Costa, *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1989; Madel Luz, *Medicina e ordem política brasileira*, Rio de Janeiro, Graal, 1982.

<sup>4</sup> Gabriela Sampaio, *Nas trincheiras da cura - as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 1995; Flávio Edler, *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*, dissertação de mestrado, USP, 1992; e Luiz Otávio Ferreira, *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*, tese de doutorado, USP, 1996.

<sup>5</sup> Richard Evans, "Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe", *Past & Present*, 1988; Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias – salud y sociedad em el Peru del siglo XX*, Lima, IEP, 1997.

muito de seus esforços à repressão dos homeopatas, contudo o prestígio destes só aumentou durante o flagelo. Apesar do poder legal de que foram instituídos e de seu empenho para que o regulamento fosse respeitado, sobressaía a falta de controle quanto à fabricação e venda de remédios.

Este capítulo não pretende dar ao estudo sobre a primeira invasão de cólera no Rio de Janeiro a mesma profundidade encontrada nas teses que focalizaram o assunto na Bahia, no Pará, em Pernambuco e Sergipe,<sup>6</sup> contudo, procura contribuir para conhecermos melhor as ações e reações das pessoas que viveram este flagelo na capital do Império. Além disso, a análise das medidas tomadas durante a epidemia de febre amarela também será importante para o trabalho.

Antes de prosseguir, vale a pena considerar uma dimensão desse contexto epidêmico que com certa frequência tem se perdido em vários estudos sobre história da medicina. Além da discussão estéril e do comércio que se desenvolveu em torno da doença, também fizeram parte dessa história muitos terapeutas, licenciados ou não, e “cidadãos” que se mobilizaram para melhorar a situação das vítimas.

### **“Unam-se os médicos”**

Como vimos anteriormente, as décadas de 1830 e 1840 foram difíceis para os médicos que lutavam para impor na prática o monopólio sobre o exercício médico,

---

<sup>6</sup> Onildo David, *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador, UFBA/Sarah Letras, 1996; Jane Beltrão, *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*, tese de doutorado, UNICAMP, 1999; Ariosvaldo Diniz, *Cólera: representações de uma angústia coletiva - a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*, tese de doutorado, UNICAMP, 1997; Amâncio dos Santos Neto, *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cholera (1855-1856)*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 2001.

conquistado na lei. A preocupação com o assunto se refletia nas várias teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que tinham como sub-tema questões similares a esta proposta pelos lentes: “Deve haver leis repressivas do charlatanismo ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?”. Outras, dedicavam-se inteiramente à matéria, como a tese intitulada *Breves considerações acerca da polícia sanitária*, defendida em dezembro de 1849. O autor conclamava:

“Unam-se os médicos como filhos de uma mesma mãe” em prol de “leis salvadoras que nesta parte fossem enriquecer os códigos; elas nos dariam tribunais que protegessem a saúde pública, e expurgariam a classe médica dos parasitas que a vão matando”.<sup>7</sup>

Exatamente nesse período, iniciou-se a grande epidemia de febre amarela que mobilizou os moradores da cidade. Os médicos foram convocados para dirigirem os esforços em conter a doença através da Comissão Central de Saúde Pública, estabelecida em 14 de fevereiro de 1850 e formada por membros da Academia Imperial de Medicina e professores da Faculdade de Medicina. Poucos meses depois, um decreto que destinava duzentos contos ao Ministério do Império para melhorar o estado sanitário da cidade do Rio de Janeiro e “de outras povoações do Império”, determinava a criação da Junta de Higiene Pública.<sup>8</sup> Para cumprir essas tarefas, a Junta contaria com os seus delegados, as autoridades judiciárias e policiais e os fiscais da Câmara Municipal. Contudo, a forma como deveria

---

<sup>7</sup> Tobias Rabello Leite, *Breves considerações acerca da polícia sanitária*, tese apresentada à FMRJ, 1849. O autor foi deputado geral por Sergipe e diretor do Instituto de Surdos-Mudos de 1868 até 1896. Foi o primeiro chefe da sessão de Saúde Pública do Ministério do Império, criada em 1859. (Santos Filho, *obra citada*, pp.484 e 499).

<sup>8</sup> Decreto 598 de 14 /09/1850, *Coleção de leis do Brasil (CLB)*.

funcionar só foi detalhada pelo regulamento de setembro de 1851, a partir do qual passou a ser denominada Junta Central de Higiene Pública.<sup>9</sup>

Compunham o quadro de membros um presidente escolhido pelo governo, o provedor de saúde do porto, o inspetor do Instituto Vacínico, o cirurgião-mor do Exército e o da Armada. Entre as suas funções, figurava a de “polícia médica nas visitas das embarcações até agora encarregadas à Inspeção da Saúde do Porto, e nas que devem fazer-se nas boticas, lojas de drogas, mercados, armazéns, e em geral em todos os lugares, estabelecimentos, e casas donde possa provir dano à Saúde pública”.<sup>10</sup> Desse modo, algumas funções, antes da alçada da Inspeção de Saúde do Porto, e muitas outras, até então diluídas entre as responsabilidades das Câmaras Municipais, foram centralizadas na Junta. Além de constituir uma resposta às necessidades do momento, essa mudança estava em acordo com o processo de centralização iniciado na década de 1840.<sup>11</sup>

Tal sucessão de acontecimentos, incitada pela epidemia, parecia confluír para a consolidação do poder médico. No entanto, aqui é importante desviarmos, por um momento, a atenção do discurso médico para a fala de outros agentes sociais. Um senador, por exemplo.

Um pouco antes da instalação da Junta de Higiene, discutia-se no Senado uma resolução da Câmara dos Deputados, autorizando o governo a gastar até cem contos de réis nas “medidas necessárias e convenientes a obstar, em todo o Império, a propagação da

---

<sup>9</sup> Decreto 828 de 29/09/1851, *CLB*.

<sup>10</sup> Decreto 598 de 14/09/1850, *CLB*.

<sup>11</sup> Com o regulamento da Junta, de 29/09/1851, instituiu-se as Comissões de Higiene Pública nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. As atas da Junta registram as correspondências bastante freqüentes entre esta e as Comissões referentes a esclarecimentos, autorizações e simples comunicações. Códices 8-2-11, Higiene Pública: Atas, 8-2-12 e 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

epidemia reinante”.<sup>12</sup> O debate suscitou algumas observações interessantes, porém a intervenção de Cunha Vasconcellos merece ser destacada.<sup>13</sup> Quase vinte anos depois da lei de 1832, “toda escrita por dedos de médico” e que tinha o objetivo de “estabelecer no Império um quinto poder”, o senador deixava evidente a sua insatisfação, pedindo:

“que se deixe ao povo a liberdade de escolher quem o trate em suas enfermidades, ou seja filho das escolas do Brasil ou de nenhuma escola. Quero ter a liberdade em minhas enfermidades de chamar a pessoas que julgar habilitadas para curar-me.

Seria necessário demonstrar que quem não estuda nas nossas escolas não pode curar, isto é, que mata sempre. Pode-se dizer que alguns desses que não estudaram nas nossas escolas têm matado muitos doentes; mas haverá quem diga também que os filhos dessas escolas têm feito o mesmo. Entendo pois que se, o governo for um tanto frouxo em coibir a liberdade do cidadão a este respeito, fará um serviço à saúde”.<sup>14</sup>

No momento em que Vasconcellos expunha a sua opinião, a Junta ainda não estava estabelecida, embora os médicos já estivessem envolvidos mais diretamente na orientação das medidas tomadas pelo poder público contra a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, através da Comissão Central de Saúde Pública. A mesma epidemia, porém, estimulou o discurso do senador e mostrou que ao menos parte da elite, assim como o povo,

---

<sup>12</sup> Sessão de 17/04/1850. *Anais do Senado do Império do Brasil*, 1850, v.2. Senado Federal, Brasília, 1978.

<sup>13</sup> Antonio da Cunha Vasconcellos, eclesiástico, senador pela Paraíba, nomeado em 1835. Barão de Javari, *Organizações e programas ministeriais – Regime parlamentar do Império*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1962.

<sup>14</sup> Sessão de 17/04/1850, *Anais do Senado do Império do Brasil - 1850*, Senado Federal, Brasília, 1978, v.2.

não estava de acordo com a exclusividade que os médicos pretendiam para si e que, portanto, enfrentariam muitas dificuldades para pôr em prática as suas determinações. Contudo, além disso, havia conflitos que precisavam ser resolvidos dentro da própria corporação.

Durante boa parte do século XIX, os médicos acadêmicos reconheciam nas condições ambientais um dos fatores principais, junto com o regime alimentar e de bebidas, para o desenvolvimento de doenças e epidemias. Essa base hipocrática da medicina ocidental pode ser identificada nos discursos e debates que se davam no interior da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), posterior Academia Imperial de Medicina (1835).<sup>15</sup>

De acordo com o estudo de Lorelai Kury, os seus membros percebiam na natureza do Brasil dois aspectos: um negativo e um positivo. Enquanto uns destacavam as influências deletérias do clima quente e úmido sobre a saúde da população, outros ressaltavam a variedade, beleza e fertilidade dessa terra, apontando o desmatamento como causa de desequilíbrio ambiental, o que favoreceria o surgimento de doenças.<sup>16</sup> Acordavam, contudo, em que aos médicos caberia contornar os problemas advindos da relação homem/natureza e tornar possível a existência de uma Nação Civilizada nos trópicos.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Lorelai Kury, *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, dissertação de mestrado, UFF, 1990, p.29; e Luiz Otávio Ferreira, *obra citada*, p.119 e seguintes.

<sup>16</sup> Kury, *obra citada*, p.138. Os médicos que defendiam esta posição eram, principalmente, Francisco Freire Alemão e Emílio da Silva Maia. Ver também Warren Dean, *A ferro e fogo – a história e a devastação da Mata Atlântica brasileira*, São Paulo, Companhia das Letras, 1997; e José Augusto Pádua, *Um sopro de destruição – pensamento político e crítica ambiental no Brasil escravista (1786-1888)*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2002.

<sup>17</sup> Kury, *obra citada*, p.146.

Portanto, segundo essa concepção, muitas enfermidades eram causadas por miasmas produzidos por matéria orgânica em decomposição e águas estagnadas. Contudo, algumas eram reputadas, indiscutivelmente, contagiosas, como a varíola. Já outras tantas – febre amarela e cólera, por exemplo – despertavam os mais acirrados debates. Para além das disputas teórico-acadêmicas, as inclinações políticas de cada um contavam muito na hora de se decidir por um ou outro grupo.

Considerar uma doença infecciosa (que se propagava através de miasmas presentes no ar) ou contagiosa (transmitida por pessoas doentes ou por seus objetos usados) implicaria, à primeira vista, em defender medidas profiláticas bem diferentes. No primeiro caso, seriam priorizadas a melhoria do estado sanitário da cidade e a adoção de regras higiênicas que diziam respeito à habitação, alimentação, trabalho e diversão. No segundo, seriam fundamentais as quarentenas e a seqüestro de doentes, com o objetivo de isolá-los da população.

Não havia argumentos suficientes a favor de uma ou de outra hipótese sobre o desenvolvimento dessas epidemias. Conforme vários pesquisadores têm demonstrado, estudando diversos contextos, em geral, os médicos se posicionavam em função das implicações às quais cada teoria estava relacionada.<sup>18</sup> Enquanto o infeccionismo atraía a simpatia dos que estavam mais próximos à política liberal, o contagionismo era considerado mais conservador e autoritário. As posições políticas decorrentes de cada uma

---

<sup>18</sup> Sidney Chalhoub, *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996; Roger Coote, “Anticontagionism and history’s medical record”, em P. Wright, P. e A. Treacher, *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*. Edinburgh, Edinburgh University Press, 1982; Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, Cambridge, Cambridge University Press; Margaret Pelling, *Cholera, fever and English medicine (1825-1865)*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

muitas vezes podiam ser opostas, embora muitos médicos não considerassem uma teoria excludente em relação à outra.

O próprio presidente da Junta adotava uma postura dúbia a esse respeito. Dizendo-se “convencido de que o modo de propagação da febre amarela seja a infecção, e não o contágio”, Paula Cândido observava que as medidas sanitárias recomendadas ao governo pela Junta, mesmo para as embarcações nacionais, podiam ser “consideradas preventivas do contágio; conquanto também se explique pela hipótese d’infecção”.<sup>19</sup>

De fato, seguindo a sua convicção a favor da hipótese de infecção, o ‘médico-mor’ do Império encaminhou ao ministro alguns conselhos para serem aplicados o quanto antes: nivelamento da cidade para escoamento das águas, rega das ruas e praças, limpeza das praias, aquisição dos terrenos acima dos aquedutos, desinfecção de navios sujos – isso tudo sem esquecer o projeto de demolição do morro do Castelo.<sup>20</sup>

Outro membro a defender que a febre amarela se propagava por infecção – em outras palavras, miasmas – era Joaquim Soares de Meirelles, o presidente interino da Junta durante os meses em que Paula Cândido se licenciava para assumir o seu mandato na Câmara dos Deputados. A convicção de Meirelles, no entanto, parecia ser mais forte, o que contribuiu para que suas opiniões fossem de encontro às defendidas pelo resto da Junta. Esse conflito, assim como o analisado no primeiro capítulo, deixa evidente divergências importantes não só em relação à política sanitária que o Império deveria adotar como também sobre o papel que os médicos deveriam exercer na condução dessa política.

---

<sup>19</sup> 31/03/1851, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *Arquivo Nacional (AN)*. (grifo no original)

<sup>20</sup> 07 e 23/01/1851, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

Em meados de 1852, considerando “a febre amarela como aclimatada no País, e portanto endêmica”, Meirelles propôs que os doentes dessa moléstia não fossem mais recolhidos ao Lazareto da Jurujuba “para ali serem tratados, podendo ir tratar-se onde lhes convenha, ficando o Lazareto desimpedido para só receber as moléstias que forem importadas, contagiosas, ou suspeitas”.<sup>21</sup> Depois de uma longa discussão, a Junta rejeitou a proposta por entender que

“no estado atual dos conhecimentos não se pode ainda asseverar que a febre amarela se tem tornado uma moléstia endêmica; o que, quando ainda é tão controvertida a natureza desta enfermidade, não se deve aventurar a supressão de uma medida, que cautelosa e prudentemente foi posta em prática com o fim não só de remover da população doentes, que poderiam talvez, por sua dispersão propagar mais amplamente a febre amarela, como também para se oferecerem prontos socorros a gente do mar.”<sup>22</sup>

Apesar disso, Meirelles resolveu remeter ao governo a sua posição pessoal. Em correspondência reservada, o presidente Paula Cândido (licenciado durante a época desse debate interno) considerava a possibilidade de se fechar o lazareto, já que o número de doentes vinha declinando.<sup>23</sup>

Alguns dias depois, o provedor Félix Martins, muito polidamente, pedia uma cópia da proposta enviada por Meirelles ao governo, “a fim de que os que opinaram

---

<sup>21</sup> Proposta apresentada em 06/07/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>22</sup> 06/07/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>23</sup> 17/07/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

contrariamente na Junta possam remeter também as suas razões ao Governo”.<sup>24</sup> Diante da recusa, a discussão se alongou e os demais membros tiveram de se posicionar. Ao lado de Meirelles, permaneceu apenas o seu substituto como cirurgião-mor da Armada, Félix Barbosa. O inspetor do Instituto Vacínico, que a princípio havia apoiado o presidente interino (por sinal, seu cunhado), acabou convencido pelos argumentos do provedor da Saúde e do cirurgião-mor do Exército.

Poucos dias depois, esses dois últimos elaboraram um relatório de vinte e sete páginas em que, desprovidos da gentileza anterior, rechaçavam completamente as convicções do presidente interino. Este, por sua vez, demorou cerca de três semanas para remetê-lo ao Ministério do Império. A demora se justificava pela necessidade que via em copiar o texto, uma vez que sentia “paixão e animosidade” por parte do provedor da Saúde.

Realmente, Antonio Félix Martins e Antonio José Ramos começavam a sua explicação depreciando Meirelles através de detalhes insignificantes, como o fato de se referir a Lazareto, e não Hospital, da Jurujuba – porém, o governo e os próprios autores usavam a primeira denominação.<sup>25</sup>

O restante do texto, contudo, centrava-se nas ‘evidências’ pró contagionismo e nos ‘fatos’ que depunham contra o anti-contagionismo. Ponderavam que

“qualquer medida, que tenda a acumular indivíduos acometidos de febre amarela pela massa de uma população, admite ao menos definitivamente resolvido pela negativa o problema da contagiosidade dessa moléstia; o que não puderam fazer os abaixo assinados, a quem algumas autoridades

---

<sup>24</sup> 20/07/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>25</sup> 14/08/1852. O relatório foi escrito em 23/07/1852. Maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

médicas do nosso país, tem muito feito recear não ser exata a opinião do presidente interino.”

Defendendo a sua posição, explicavam que caso estivessem errados, os danos seriam bem menores do que se adotassem medidas opostas e estivessem certos e encerravam o relatório dando-nos um belo exemplo, entre tantos da época, da mistura entre as idéias contagionista e anti-contagionista. Diziam que tanto esta, quanto aquela recorriam a um grande número de fatos e circunstâncias, dos quais

“pode-se depreender que em algumas localidades tem a febre sido contagiosa, sem sê-lo em outras, e que em uma mesma localidade apresente umas vezes esse caráter, e outras vezes não. De mais, para poder ser nocivo admitir nas povoações grupos de indivíduos afetados de uma moléstia, não é indispensável que esta seja demonstradamente contagiosa, ou esteja no rigor desta palavra; porém basta que se considerem esses grupos como focos de exalações danosas, ou capazes de reproduzirem o mal, ou, ao menos, com a propriedade de corromperem o ar, ou de entreterem e aumentarem a sua viciação. E quando mesmo todos os escritores do exterior fossem uníssonos a respeito da não contagiosidade da febre amarela que observaram, e partidários da inocuidade dessas exalações não se tendo a certeza de que o nosso mal seja invariável e absolutamente da mesma natureza que o mal exótico”.

Esse desentendimento resultou na saída de Meirelles da Junta.<sup>26</sup> Tal desfecho não teve como fator principal a defesa das idéias infeccionistas em si. Afinal, Paula Cândido também tendia a elas. O conflito interno foi alimentado pela posição de Meirelles em descartar medidas contagionistas em relação à febre amarela. De acordo com as recomendações da Junta, percebemos que a sua proposta era tentar conciliar ações preventivas baseadas nas duas hipóteses.

E essa posição foi reafirmada no texto escrito pelo dr. José Francisco Souza (interino de Jacintho Reis no Instituto Vacínico) e aprovado pelos demais membros (agora, contavam com o dr. José Pereira Rego no lugar de Meirelles). Tratava-se de uma resposta ao Ministério de Império que havia pedido um pronunciamento da Junta em relação à manutenção do Lazareto da Jurujuba, considerado por Meirelles “inútil, prejudicial, improficua e antilógica”.<sup>27</sup>

Refutando as opiniões do antigo membro da Junta, o dr. Souza destrinchou o texto do colega, apontando diversas contradições e pontos obscuros. Alguns trechos ilustram as bases dos argumentos nesse debate, que se pautavam mais por ataques à posição contrária do que pela apresentação de dados empíricos a seu favor. Primeiro, o membro interino observava que “o aparecimento da febre amarela nas diversas cidades marítimas do Império coincidiu quase sempre com a chegada de navios procedentes de portos onde ela reinava; e

---

<sup>26</sup> Meirelles pediu para sair da Junta em 16/06/1852 (maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública, ofícios e documentos diversos; *AN*). Na sessão de 05/10/1852, os membros da Junta receberam a comunicação do decreto de 23/09 pelo qual se concedia a demissão ao dr. Joaquim Cândido de Meirelles, “mandando-o louvar pelo bem que serviu”, códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*. Registrado também em maço IS 4 22 – 01/10/1852, no qual se afirma que participou até 30/09.

<sup>27</sup> O pedido do Ministério foi apresentado na sessão de 28/09/1852. A posição de Meirelles a respeito da não contagiosidade da febre amarela se mantinha em outros pareceres da Junta; ver sessão de 10/09/1852. Códice 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

os anti-contagionistas, desprezando esta singular coincidência, vão procurar nas correntes atmosféricas a causa da propagação”.

Em outro ponto, questionava os que diziam “se a febre amarela fosse contagiosa, ela deveria, como as outras moléstias reputadas tais, desenvolver-se sobre qualquer região, e debaixo de qualquer clima. Mas por que lei é que isto há de ser forçosamente assim?”. Identificava também um ponto fundamental para os que defendiam a infecção, cuja causa seria “Matérias animais e vegetais em putrefação debaixo de certas condições de calor e umidade”. Dr. Souza colocava a pergunta: “porque razão esta mesma causa produz, ou favorece, em uma região o cólera, em outra o tifo, nesta a febre amarela, naquela a peste”, para a qual não se davam respostas convincentes.

Detalhava a discussão ainda mais identificando outra contradição: dr. Meirelles dizia que a febre amarela era endêmica por ter se aclimatado. Entretanto, considerá-la aclimatada pressuporia uma época em que não existisse no país, onde teria se desenvolvido por encontrar condições de clima análogas, o que quer dizer que não era o mesmo clima. Portanto, teria vindo de fora e, dessa forma, seria forçoso admitir uma transmissão. Arrematava, então:

“Epilogando portanto a sua consulta, a Junta conclui que, enquanto não for demonstrada de um modo irrecusável a incontagiosidade, ou intransmissibilidade da febre amarela, é da mais louvável prudência que sejam tratados no lazareto da Jurujuba esses desgraçados marinheiros que adoecem nas águas da nossa Bahia [...]”<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> 12/10/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

As citações referentes aos textos desses médicos fornecem apenas uma vaga idéia do que era a ginástica que faziam com as palavras. Mas, enfim, as dezenas de páginas escritas sobre o episódio revelam uma simpatia maior pelo contagionismo, apesar de não se posicionarem explicitamente a favor dessa hipótese. Além de manterem o hospital, conseguiram implementar as quarentenas, que eram contrárias aos interesses do comércio. A Inglaterra pressionava contra a sua adoção, defendendo explicações não contagionistas sobre a disseminação da doença. Entretanto, como vimos, as autoridades brasileiras não estavam sozinhas ao colocá-las em prática, acompanhando a maior parte da Europa continental.<sup>29</sup>

No Brasil, por um lado, essa postura conciliatória pode ter sido, como diziam os seus membros, motivada por prudência diante das incertezas teóricas, já que nenhuma das partes conseguia mostrar de modo categórico que tinha razão. Essa indefinição não era exclusividade brasileira, sendo motivo de debates semelhantes em diversos países.<sup>30</sup> Por outro lado, no entanto, percebemos que isso contribuía para manter a unidade da Junta, satisfazendo as crenças de uns e de outros quanto ao infeccionismo e ao contagionismo. Seria inconveniente para a Junta se alinhar a uma ou outra tese. Era interessante poupar a autoridade recém instalada de desgastes com a comunidade médica e os leigos que haviam se posicionado.

### **A proeminência questionada**

Para Meirelles, esses atritos deixavam patente outra questão: a necessidade de reformar a Junta com a nomeação de outros membros, escolhidos pelo governo. Aliás, o

---

<sup>29</sup> Peter Baldwin, *obra citada*.

<sup>30</sup> Ver Michael Stolberg, "Cholera in the Grand Duchy of Tuscany", *Bulletin of the History of Medicine*, 1994.

cirurgião-mor da Armada já havia feito essa sugestão pouco menos de um mês antes dessa crise. Na ocasião, apontava para a falta de critérios para a composição da Junta, cujos membros deveriam ter conhecimentos muito mais amplos do que os de médicos comuns. Defendia que deveriam ter conhecimento teórico e prático de química, de física e da constituição do solo. Também deveriam saber sobre os efeitos das profissões sobre a saúde dos que as exercem, os das fábricas e oficinas sobre os seres vivos – e isso só com muita prática. Argumentava que um excelente médico podia não estar qualificado para fazer parte de um conselho de salubridade, o qual seria melhor composto por médicos que professassem a higiene, a medicina política e, sobretudo, os químicos.<sup>31</sup>

Completando a sua longa exposição, dizia não possuir “as qualidades necessárias e menos ainda a instrução conveniente para ser membro da Junta de Higiene”. Por isso, pedia que os legisladores modificassem a lei, “dando ao Governo a faculdade de compor a Junta, como bem entender”. Essa sugestão pode ter desagradado aos demais membros, porém, a idéia mais em descompasso com os outros médicos era a de que a Junta fosse presidida pelo chefe de polícia – idéia que os seus colegas contemporâneos nem se preocuparam em refutar.<sup>32</sup> A justificativa dada pelo cirurgião-mor da Armada era unir as polícias administrativa e sanitária, o que poderia dar ao órgão poder para executar as suas próprias recomendações. No entanto, além de suprimir um cargo da corporação, ainda a submetia a um leigo – situação vivida nas décadas de 1830 e 40, muito criticada por vários membros da Sociedade/Academia de Medicina, das quais Meirelles havia sido presidente.

No ano anterior, o cirurgião-mor da Armada já havia adotado uma postura antipática aos colegas quando sentenciou:

---

<sup>31</sup> 16/06/1852, IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), AN.

<sup>32</sup> Ao menos, segundo os documentos pesquisados.

“O pouco saber, o amor próprio, e o medo tem feito presidir ao parecer dos médicos; a autoridade ou fica indecisa ou toma medidas, que não estão em harmonia com o que se passa no resto do mundo, onde os Médicos, ou são mais instruídos ou mais cômicos de seus deveres”.<sup>33</sup>

Entretanto, quando se tratava de construir uma imagem idealizada do médico, todos acordavam. Ele deveria ter “estima pública”, sobretudo no caso de um membro da Junta, e seria a quem “qualquer indivíduo” procuraria quando tivesse problemas com as autoridades. Meirelles descrevia um indivíduo com grande prestígio que atuaria como um “conciliador” entre o governo e a população.

“Em suas visitas ele recebe as queixas e lamentações de um, as observações e recriminações de outros: faz ouvir a um que ele é nocivo e incômodo, e que, se a autoridade exige dele alguma coisa, ela não lhe pede senão o que é justo e razoável; [...] em uma palavra, [...] assume sobre si a responsabilidade das medidas tomadas pelo Governo”.<sup>34</sup>

Paula Cândido, por sua vez, procurava chamar atenção para os médicos, “tão dedicados, tão cuidadosos, e inteligentes”, que velaram dia e noite junto ao leito dos doentes de febre amarela.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> 05/06/1851, IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>34</sup> 16/06/1852, IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>35</sup> 01/03/1854, IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

Infelizmente, para os esculápios, nem todos reconheciam essa dedicação ao bem público – ou melhor, não reconheciam essa dedicação como um bem. Por isso, fazia sentido, e graça, o folhetim publicado no *Diário do Rio de Janeiro*, quando os primeiros casos de cólera ainda levantavam dúvidas entre os médicos e medo entre a população:

[...] “Também os lúcidos magnetizadores não têm *dormido* o sono da indiferença.<sup>36</sup>

Houve um que pôs em prova uma sua conhecida, e muito conhecida lúcida sonâmbula.

Eis como:

Depois das devidas e indispensáveis descargas de magnetismo foi interrogada a dorminhoca depois de bem preparada e pela forma seguinte:

- Virá o cólera?
- Já está entre nós; porém com um nome mais bonito.
- Como se chama?
- Colerina.
- Também mata?
- Sim, em poucas horas, mas quem morre tem a consolação de não morrer de cólera; morre de colerina.
- Há de se ganhar dinheiro?
- Muito.
- Há de haver bulha?

---

<sup>36</sup> Magnetizadores estavam associados à terapia desenvolvida por Mesmer, no final do século XVIII na França, que hipnotizava os seus clientes, produzindo um estado de sonambulismo. Daí, as referências críticas – sonâmbula, dorminhoca - ao sistema, cujos adeptos foram largamente associados ao charlatanismo. Ver Robert Darnton, *O lado oculto da Revolução – Mesmer e o final do Iluminismo na França*, São Paulo, Companhia das Letras, 1988.

- Estrondo.
- Os médicos?
- Não de cumprir com os seus deveres policiais.
- A academia de medicina?
- Há de discutir.
- E a discussão?
- Há de ser lúcida, fluente, enérgica, científica, epigramática e inútil.
- Não de haver condecorações?
- Bastantes.
- Está bem, viaja.
- Estou viajando. [...]”.<sup>37</sup>

Está claro que os médicos não eram o único alvo do autor. Exploradores da desgraça alheia, como charlatães e inventores de remédios milagrosos, também foram apontados. Contudo, no momento, vamos nos ater à sutil diferença entre colerina e cólera. Muitos médicos que escreveram sobre o assunto em teses ou folhetos explicativos para a população diferenciavam as duas doenças. Basicamente, a primeira seria mais branda, portanto, era uma forma de os médicos do governo tentarem administrar a situação. Admitir a entrada do cólera no Brasil, e sobretudo na capital, era uma derrota política que preferiam adiar o quanto pudessem. Além disso, o reconhecimento da existência da doença na cidade geraria muito medo entre a população, predispondo as pessoas à enfermidade, segundo acreditavam os médicos. Enfim, a colerina ajudava a mostrar que a elite médica, em particular a Junta, tinha tudo sob controle.

---

<sup>37</sup> Trecho do folheto publicado em 26/07/1855 no *Diário do Rio de Janeiro*, p.1.

Durante a epidemia de febre amarela, o senador Limpo de Abreu já havia refletido sobre as conseqüências da denominação de uma doença:

“uma circunstância sobreveio depois, na minha opinião, para produzir esse terror e foi quando o governo consultou a algumas pessoas profissionais e estas assentaram que a epidemia se desenvolvera no Rio de Janeiro, era o que se chama – febre amarela –. Eu tenho para mim que foi este nome que se deu à epidemia, que em verdade tem feito grandes males, o que produziu o terror de que logo se deixou possuir a população e que até agora tem predominado.

Eu digo que foi este nome a causa desse terror porque, se acaso se consultarem os documentos oficiais que se têm publicado, não se pode achar uma causa real e verdadeira que possa justificar tamanho medo.”<sup>38</sup>

Embora pudesse ver os estragos da epidemia, o senador ainda não tinha conhecimento dos números oficiais, provavelmente subestimados, segundo os quais mais de um terço da população de 266 mil pessoas contraíram febre amarela e 4160 morreram no verão de 1849/50.<sup>39</sup>

Mesmo sem saber ao certo a real influência que a identificação da moléstia poderia representar, políticos e médicos ligados ao serviço de higiene usaram essa experiência para lidar com a epidemia de cólera, alguns anos mais tarde. Aliás, tanto os prejuízos causados pela epidemia de 1849, quanto as medidas adotadas pelo governo e as posições dos

---

<sup>38</sup> Sessão de 17/04/1850, *Anais do Senado do Império do Brasil - 1850*, Senado Federal, Brasília, 1978, v.2.

<sup>39</sup> Sidney Chalhoub, *obra citada*, p.61.

médicos nesse contexto foram muito comparadas e reavaliadas quando o flagelo do cólera chegou ao país depois de uma longa espera.

Desde o começo da década de 1830, quando a epidemia de cólera se espalhou pela Europa ocidental, os médicos brasileiros atentavam para a cruzada dessa moléstia. Do início de 1831 até 1833, as notas sobre a disseminação da doença eram presença constante no periódico especializado *Semanário de Saúde Pública*. Em fevereiro de 1831, estava com “todos os seus furores” em várias províncias da Rússia; em agosto, havia atingido a Polônia e Hamburgo; e, no ano seguinte, Paris.<sup>40</sup> Atendendo a um pedido da Câmara dos Deputados, os médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro apresentaram alguns “conselhos às Autoridades no caso de ameaça ou invasão do Cólera-Morbus”.<sup>41</sup> Como havia fatos a favor dos contagionistas e fatos a favor dos não contagionistas, os membros da Sociedade de Medicina acharam por bem não descuidar e incluíram medidas como quarentenas de navios e a retirada de grande parte dos escravos e de “gente ociosa, e miserável” da cidade.<sup>42</sup> Entretanto, foi em setembro que pareciam enterradas as últimas esperanças de que o Brasil ficasse fora do caminho do cólera. A doença havia transposto o oceano, fazendo os seus estragos na América do Norte.<sup>43</sup> No entanto, o tempo foi passando e o cólera não chegou. Assim, aos poucos, as “febres” foram voltando a ocupar a atenção dos doutores em suas discussões acadêmicas.<sup>44</sup>

Embora não despertassem o mesmo “terror” que o cólera e a febre amarela, as epidemias de “febres” dos primeiros anos da década de 1830 certamente interferiram no dia

---

<sup>40</sup> 05/02 e 27/08 de 1831 e 14/07/1832, *Semanário de Saúde Pública (SSP)*.

<sup>41</sup> 21/07/1832, *SSP*.

<sup>42</sup> 18/08/1832, *SSP*. Conselhos já citados por Luiz Otávio Ferreira.

<sup>43</sup> 15/09/1832, *SSP*.

<sup>44</sup> 25/05 e 15/06 de 1833, *SSP*.

a dia da Câmara Municipal, que se viu às voltas com apelos das freguesias e vilas perto do centro. Esta, por sua vez, tentava captar recursos através do Ministério do Império, que colocou à disposição da Câmara dois contos de réis, com os quais socorreria as freguesias de Meriti, Irajá, Pilar e Iguaçu.<sup>45</sup> A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro contribuiu com uma “instrução” a respeito do “tratamento das febres intermitentes que grassam em vários lugares desta Província”. Os vereadores cariocas imprimiram diversos exemplares e os distribuíram para dezenas de outras cidades da província.<sup>46</sup>

A forma como a sociedade lidou com a primeira epidemia de cólera baseou-se, em grande parte, nos relatos sobre a pandemia da década de 1830 que forneceram informações aos médicos e à imprensa alimentando os debates acadêmicos e o medo da população sobre a terrível doença. Do mesmo modo, a vivência da epidemia de febre amarela de 1849/50, acabou influenciando as reações diante do avanço do flagelo em 1855.

Já no final da década de 1840, as atenções dos médicos se voltaram para a nova expansão do cólera por várias cidades da Europa e da América do Norte. A partir dos últimos meses de 1852, em quase todas as sessões da Junta, havia pelo menos uma nota sobre o avanço da moléstia. Em meados de outubro, o ministro do Império pedia à Junta que indicasse com brevidade as medidas para “prevenir-se o ingresso daquele flagelo”. O dr. Pereira Rego foi encarregado de apresentar tais medidas preventivas, assim como os meios de que seria “preciso lançar-se mão” quando o flagelo aparecesse.<sup>47</sup> Desde a

---

<sup>45</sup> 17/04, 09/05, 19/11 de 1833. Com o passar dos meses, a quantia aumentou um pouco, no entanto, não passou dos sete contos de réis. Códice 16-4-30, Ofícios ao executivo e legislativo (1832-1837), *AGCRJ*.

<sup>46</sup> 25/09/1833, códice 36-1-34, Ofícios a diversas autoridades (1831-1836), *AGCRJ*.

<sup>47</sup> 13/10/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

epidemia de febre amarela, os esculápios perceberam que já não podiam “como outrora confiar tudo da salubridade do nosso clima”. No projeto encaminhado ao governo, a Junta se mostrava consciente de que seus conselhos provocariam “choque de certos interesses” e seriam acusados de desnecessários e improficuos. Argumentava que a questão sobre a possibilidade de transmissão da doença ou não era bastante litigiosa, por isso mesmo, defendia a Junta, era preferível ter excesso de precaução e considerar o cólera como contagiosa e tomar as providências necessárias, “sobretudo quando fatos se dão tão fortes pró e contra as duas opiniões”.<sup>48</sup>

Explicadas detalhadamente, as medidas propostas eram divididas em preventivas e “adotáveis”, para o caso de “infelizmente o flagelo nos acometer”. Entre as primeiras, as quarentenas constituíam o ponto mais controvertido. A Junta, porém, apoiava-se na convenção sanitária assinada em fevereiro de 1852 por doze “potências européias”, que apesar de reconhecer a ineficácia das quarentenas e cordões sanitários nas duas últimas epidemias que haviam assolado a Europa, julgava indispensável o seu emprego.

Ainda assim, as autoridades médicas admitiam que esses procedimentos eram “sempre um meio vexatório, tanto para os interesses do país, como para aqueles que entre nós se vem estabelecer, ou têm cá suas famílias”. Dessa forma, sem prejudicar a “salvação pública”, procurariam torná-los “o menos peníveis” possível. Após essas observações, os médicos passavam a descrever as situações em que a quarentena seria aplicada e de que forma.

---

<sup>48</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

Durante os doze meses seguintes, os movimentos do cólera eram acompanhados atentamente pela Junta e pela Comissão Sanitária do Porto do Rio de Janeiro.<sup>49</sup> Ambas eram presididas pelo dr. Paula Cândido e seguiam de perto a entrada dos navios: aqueles procedentes de regiões atacadas pelo cólera, invariavelmente eram submetidos à quarentena.<sup>50</sup>

Em meados de 1855, todas essas recomendações baseadas nos estudos sobre as epidemias em outros países tiveram que ser colocadas em prática. Como já foi referido, a simples presença da doença já podia acirrar as tensões sociais, uma vez que atingia mais os pobres devido às suas piores condições de vida.<sup>51</sup> As próprias conseqüências econômicas, como o desabastecimento da cidade, também recaíam mais sobre as camadas desprivilegiadas. As análises desses contextos de epidemia também são importantes porque constituíam “um momento de exceção, propício à afirmação de um poder político a que a medicina era chamada a servir”<sup>52</sup>; “um ponto crucial de longo processo de medicalização dos costumes”;<sup>53</sup> ou ainda “uma real oportunidade de os médicos realizarem [...] o moderno projeto [...] de higienização da cidade”.<sup>54</sup> De fato, a Junta e as Comissões provinciais foram formadas e tentaram organizar as medidas que deveriam ser postas em prática para combater um flagelo (a febre amarela), seguindo os preceitos da medicina acadêmica alopática e de sua luta pelo monopólio do exercício terapêutico. Em que medida, porém, a

---

<sup>49</sup> A Comissão foi criada, por um decreto, em 3 de janeiro de 1853 e começou a funcionar em 4 de março do mesmo ano.

<sup>50</sup> Por exemplo, 24/08/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), AN; 25/10/1853, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>51</sup> Ver, por exemplo, Richard Evans, “Epidemics and revolutions”, 1988.

<sup>52</sup> Ariosvaldo Diniz, *Cólera: representações de uma angústia coletiva*, 1997. p.455.

<sup>53</sup> Amâncio dos Santos Neto, *Sob o signo da peste*, 2001. p. 159.

<sup>54</sup> Onildo David, *O inimigo invisível*, 1996. p.83.

elite médica conseguiu impor a sua autoridade num ‘momento propício’ como o da epidemia de cólera (que, aparecendo quando os órgãos de higiene pública já estavam instituídos, poderia ajudar a fortalecê-los) na capital do Império?

Em 27 de junho de 1855, em ofício reservado, o ministro do Império requereu o parecer da Junta sobre o ofício do vice-presidente do Pará (de dois de junho), no qual se relatava o aparecimento de uma enfermidade “com sintomas do cólera morbus, tendo morto algumas pessoas dentro em poucas horas”. A Junta entendeu que fosse feita uma quarentena rigorosa e de barra fora aos navios vindos da província.<sup>55</sup> Algumas semanas depois, tinha que se pronunciar sobre uma nota da comissão de higiene do Pará avisando “ter assumido nos últimos 15 dias grande desenvolvimento, e oferecido todos os sintomas, marcha, e índole da cólera epidêmica ou asiática, a moléstia que nessa Província começara a aparecer em fins de maio”.<sup>56</sup>

Em julho, as atenções se voltaram para a própria capital do Império. No final da tarde do dia 12, havia sido internado no hospital da Santa Casa “um indivíduo acometido de uma enfermidade”. Assim que soube do fato, a Secretaria de Polícia da Corte requisitou ao administrador do hospital que informasse, com urgência e detalhes, o estado e a identidade daquela pessoa.<sup>57</sup>

Poucos dias depois, já se admitia falar em “doentes suspeitos de colerina”. Com a morte de um “crioulo” no dia 18, a situação parecia irreversível. O provedor da

---

<sup>55</sup> 27/06/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>56</sup> 18/07/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*

<sup>57</sup> 13/07/1855, Registro de ofícios (1854-1856) [recebidos pelo administrador], *Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (ASCMRJ)*.

Misericórdia identificava como *causa mortis*, cólera morbus. O presidente da Junta, entretanto, preferia se referir a “sintomas suspeitos”.

A partir daí, tentou-se traçar a trajetória da vítima: morava no Rio havia oito meses, contudo, dormira na mesma cama ocupada por um homem pardo, vindo do Ceará, que fora encaminhado à Santa Casa como doente de cólera. Enquanto este se recuperou, o primeiro sucumbiu em poucas horas.<sup>58</sup> As informações vindas de outros países e de outras províncias sobre o desenvolvimento da moléstia davam aos médicos a certeza de que o flagelo estava apenas começando.

Um ofício do ministro encaminhado ao provedor da Santa Casa, participando-lhe que a situação parecia estar se agravando, indica-nos a aflição das autoridades, ressaltada com o detalhe da hora:

“Acabo de receber (quase à uma hora da madrugada) um ofício da Comissão Central de Saúde Pública dando parte de terem ocorrido ontem de tarde mais três casos de Cólera morbus no Arsenal da Guerra”.<sup>59</sup>

Essas primeiras correspondências e movimentações tinham caráter reservado em função das conseqüências econômicas que advinham de uma declaração oficial de epidemia, entre os quais o principal era o desabastecimento de gêneros alimentícios na

---

<sup>58</sup> 18 e 27/07/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>59</sup> 01/08/1855, Ofícios Santa Casa da Misericórdia (1850-1857), *ASCMRJ*. Os médicos que a compunham eram Paula Cândido, como presidente, Félix Martins, Pereira Reis, Pereira Rego e Pacheco da Silva, todos da Junta, mais Góes Siqueira, Valladão Pimentel, Haddock Lobo, Lassance Cunha e Gonçalves Fontes. 10/09/1855, *Jornal do Commercio (JC)*.

cidade, pois os fornecedores passariam a evitá-la. Esse problema, comum aos diversos lugares atingidos pelo flagelo, foi logo identificado pela oposição.<sup>60</sup>

No dia em que foram identificados os primeiros doentes de cólera, a Junta aconselhou ao governo que a Repartição da Polícia indagasse a residência dos passageiros vindos do Norte no mesmo vapor que o pardo e que fizesse “seqüestrá-los da população, especialmente os que residirem na casa de onde saíram aqueles dois doentes”.<sup>61</sup> Apesar de associado à teoria contagionista, o isolamento era justificado pela necessidade de tirar “os primeiros germens da infecção” do centro da população.<sup>62</sup> Também os enfermos ‘suspeitos’ internados no hospital da Misericórdia deveriam ser removidos.<sup>63</sup> Como vimos no capítulo anterior, esse hospital desempenhava um papel fundamental no cotidiano da sociedade, o que ficava mais evidente em época de epidemia. Porém, além da função benéfica de tratar de doentes, havia a preocupação com a possibilidade de o hospital disseminar a ‘moléstia reinante’, fosse através do contágio de outros doentes, fosse pela concentração do ‘veneno morbífico’ que produziria e levaria os miasmas por toda a cidade.

Os próprios médicos, entretanto, tinham consciência da dificuldade em implementar tais decisões. No debate interno sobre o Lazareto da Jurujuba, os membros da Junta admitiam “a repugnância que sentem muitos de ir para um tal estabelecimento”. Sabiam que os doentes só iriam, sendo “constrangidos a aceitar o socorro que a mão providente do Governo” lhes proporcionava.<sup>64</sup>

---

<sup>60</sup> Por exemplo, Onildo David, *obra citada*, sobre a Bahia e Michael Stolberg, “Cholera in the Grand Duchy of Tuscany”, *Bulletin of the History of Medicine*, 1994.

<sup>61</sup> 18/07/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>62</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>63</sup> 18/07/1855, Ofícios da SCM (1850-1857); *ASCMRJ*.

<sup>64</sup> 12/10/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

Não lhes escapava também o conflito social inerente a tais medidas: enquanto os grupos mais abastados podiam escolher onde e como se tratar, a camada subalterna era a mais atingida pela remoção e seqüestro de doentes. Essa desigualdade poderia impressionar “perigosamente a classe necessitada”, revestindo a enfermidade de um caráter muito mais grave do que seria realmente.<sup>65</sup> Situação agravada pelo fato de que as pessoas mais pobres, cujo acesso à água limpa era mais difícil e que não possuíam empregados para despejar as “imundícies” longe de casa, tinham maior probabilidade de ser atingidas pelo flagelo.

A Câmara Municipal, por sua vez, também foi responsável por uma medida, no mínimo, antipática aos olhos da população. Em meados de 1855, preocupada com a formação de miasmas deletérios, ordenou que os seus fiscais colocassem em prática um edital de 1850, segundo o qual deveriam inspecionar casas ou quintais onde se suspeitassem da existência de imundícies ou de quaisquer objetos que pudessem prejudicar a salubridade pública. Caso o morador não concordasse com a visita, os fiscais poderiam recorrer ao subdelegado que os acompanharia junto com dois vizinhos.<sup>66</sup> A própria ressalva do edital já indicava a dificuldade em se efetivar a determinação da Câmara e que os moradores não ficavam passivos diante da interferência do governo.

A eficácia dessas “buscas higiênicas” era contestada, sobretudo pela oposição, que apontava outros problemas mais urgentes como os mercados cheios do centro e a lama negra sempre revolvida que exalava miasmas. Era prioritário dessecar os mangues em vez de ficar devassando as casas dos cidadãos.<sup>67</sup>

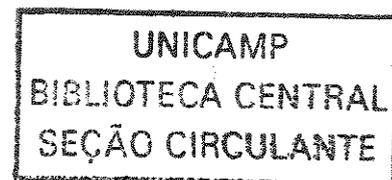
A tarefa era ainda mais difícil, segundo os médicos, porque poucas cidades se encontravam tão imundas como o Rio de Janeiro, talvez devido aos “maus e inveterados

---

<sup>65</sup> 21/09/1852, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>66</sup> O edital datava de 13/02/1850. 22/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>67</sup> 18/08/1855, *A Constituição*.



hábitos” do povo ou à insuficiência da legislação. Concluía, então, que somente com a intervenção do governo poderia haver alguma melhoria e para orientá-lo listavam os pontos mais necessitados de fiscalização: hospedarias, *public houses*, estalagens e cortiços, ou seja, lugares onde se localizava a população mais pobre.<sup>68</sup>

Apesar dos alertas, parece que pouco foi feito. Segundo o dr. Peixoto, era bastante provável o desenvolvimento da “mais terrível das epidemias”, uma vez que, além da mudança nas “circunstâncias climatéricas” da capital, concorriam para isso o “desleixo das autoridades, o asqueroso e lamentável estado das ruas, praças, habitações”.<sup>69</sup>

Enquanto uns vaticinavam a invasão do cólera, outros procuravam sossegar a população. O *Diário do Rio de Janeiro*, por exemplo, se apressou em esclarecer que o medo da doença não tinha fundamento, pois se baseava em “um ou dois fatos isolados, sem conseqüência alguma”. Aproveitava, ainda, para elogiar o desempenho do chefe de polícia e do presidente da comissão sanitária do porto.<sup>70</sup>

Da mesma forma que os editores do *Diário do Rio*, os do periódico *A Constituição* tranqüilizavam os leitores em relação à marcha do cólera. Contudo, interpretavam a situação a partir de simpatias políticas opostas. O primeiro depositava a sua confiança nas medidas acertadas que o governo estaria adotando. O segundo, por sua vez, não receava o desenvolvimento de uma epidemia porque acreditava que tudo não passava de exagero e confusão do ministro e de seus “higiênicos”, bem como de manipulação para desviar a

---

<sup>68</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), AN.

<sup>69</sup> 22/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>70</sup> 20/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

atenção de problemas mais reais (sobretudo, a concentração da produção de pão e do comércio da carne verde).<sup>71</sup>

Batizaram o assunto como a “farsa do cólera morbus” e acusavam o ministro do Império e as autoridades médicas de difundirem o medo. Relembrando o flagelo da febre amarela em 1850, afirmava, como muitos outros, que boa parte dos estragos foram devidos “ao terror da população infundido pelo atabalhoamento dos médicos e da imprensa”:

“Não morre por aí escravo, não aparece por aí bêbado que S.Ex. [o ministro Coutto] não vá crismando de cólera morbus o seu padecimento, tantos tratos dão aos coitados, que algum já tem morrido de sufocação. Entretanto, multiplicam-se vexames e opressões [...]”.<sup>72</sup>

Exagero ou não, o fato era que a ameaça de sua existência já colocava o governo diante de questões controversas como a aplicação de quarentenas. No final de 1853, a Comissão Sanitária dirigia-se ao ministro do Império apontando como “um verdadeiro contra-senso” a obrigação de colocá-las em prática, sob pretexto de contágio, no caso de embarcações procedentes de portos onde reinava o cólera e febre amarela “ou outras epidemias pestilenciais”.<sup>73</sup> De acordo com Paula Cândido, tais navios deveriam ser submetidos ao mesmo procedimento que os demais: os doentes embarcados seriam encaminhados ao hospital da Jurujuba. Dessa forma, estaria garantido um tratamento adequado ao enfermo, ao mesmo tempo em que a cidade seria preservada de focos pestilenciais.

---

<sup>71</sup> 02/08, 08/08 e 11/08/1855, *A Constituição*.

<sup>72</sup> 05/08/1855, *A Constituição*.

<sup>73</sup> 18/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

O presidente da Comissão estava preocupado em “remover embaraços com que luta o comércio devidos a um Regulamento, que nesta parte há muito devia ter sido reformado.”<sup>74</sup> E a julgar por registros dos meses posteriores, em que se referiam aos “melhoramentos imediatos comprovados pelas estatísticas [e ao] reconhecimento do corpo Comercial, especialmente o da classe marítima mais diretamente interessada”, Paula Cândido vinha obtendo êxito.<sup>75</sup>

Essa questão, entretanto, não estava fechada. Apesar da fala do presidente em prol de medidas associadas ao infeccionismo e consideradas menos prejudiciais ao comércio, quando os médicos do governo se viram diante do cólera, acabaram por lançar mão da quarentena considerando-a uma tentativa a mais de controlar a situação. Como os próprios doutores admitiam, não havia consenso sobre como a doença se propagava. A falta de convicção em relação ao contagionismo ou ao infeccionismo desdobrava-se na adoção simultânea de medidas associadas a uma e a outra teoria. Para as autoridades médicas, essa posição se justificava tanto pela prevenção (já que não havia certeza sobre as teorias seria melhor não descartar nenhuma), quanto pela tentativa de se evitar embates com defensores de uma ou outra hipótese.

Esse caminho não era imune a críticas. Mesmo os leigos percebiam os descuidos que denotavam contradição nas atitudes das autoridades:

“De duas uma: ou a quarentena é necessária, e então no navio suspeito deve ficar o Sr. P. Cândido, e em castigo da sua imprudência para que não venha infeccionar a cidade: ou o Sr. P. Cândido pode ir a bordo e voltar sem risco

---

<sup>74</sup> 18/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>75</sup> 01/03/1854, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

para a saúde pública, e então a quarentena é um despropósito altamente opressivo”.<sup>76</sup>

Pior do que isso era ser criticado publicamente por homeopatas que, como já referimos, foram eleitos inimigos por excelência da elite médica. Num artigo intitulado “Cólera-mórbus. A academia médico-homeopática do Brasil ao povo”, os drs. Duque-Estrada e Medeiros, respectivamente, presidente e 1º secretário, não se furtaram a apontar a displicência de Paula Cândido por visitar os navios procedentes de portos infectados.<sup>77</sup> No entanto, de acordo com seus artigos publicados no *Jornal do Commercio* e alguns de seus opúsculos, em geral, o discurso dos homeopatas se abstinha de fazer acusações individuais, sobretudo, às autoridades. Geralmente, preferiam se ater aos problemas e limitações da alopatia.

Filhos de Hahnemann e filhos de Hipócrates<sup>78</sup> concordavam que a higiene constituía um recurso fundamental para destruir os “elementos de infecção miasmática e a violência das moléstias pestilenciais”. Durante a epidemia de febre amarela, que constituiu uma primeira experiência de como o governo deveria/poderia lidar com uma moléstia que ameaçasse a saúde pública, a limpeza da cidade já havia estado entre as principais preocupações. As medidas que deveriam ser adotadas caso o cólera realmente chegasse eram as mesmas recomendadas nesse período. Os membros da Junta não deixaram de observar que as epidemias costumavam fazer maior estrago e marchar com mais impetuosidade nos bairros habitados pela população pobre em função de suas casas

---

<sup>76</sup> 29/07/1855, *A Constituição*.

<sup>77</sup> 01/08/1855, *JC*.

<sup>78</sup> Foi como um homeopata se referiu a seus colegas e aos alopatas, respectivamente. Contudo, a maior parte dos seguidores de Hahnemann considerava-se filhos de Hipócrates também, ou seja, eram médicos e queriam ser reconhecidos como tais.

pequenas, úmidas, mal construídas e separadas por ruas mal ventiladas.<sup>79</sup> O seu presidente, dr. Paula Cândido, notadamente simpatizava com a teoria infeccionista, embora não fosse um anticontagionista. Dessa forma, a limpeza da cidade era fundamental, se não para impedir o ataque da doença, ao menos para diminuir a intensidade com que poderia se desenvolver.<sup>80</sup>

Por diversas vezes, outras situações potencialmente ameaçadoras à saúde pública foram evocadas para comparar as providências do governo e dos médicos. Criticando o espalhafato, a abertura de créditos especiais e a criação de ambulâncias e comissões médicas, os opositoristas remetiam-se à chegada dos canários, em 1836, “infeccionados de horrível moléstia”. Na ocasião, os cuidados se restringiram a interná-los no hospital da Santa Casa e a doença não se propagou entre a população. Para os redatores d’*A Constituição* a diferença entre os tipos de medidas adotadas em cada momento explicava-se por uma constatação:

“em 1836 tínhamos muitos médicos que viviam de suas clínicas, e em 1855 temos muitíssimos médicos que vivem de empregos públicos, e em 1836 tínhamos ministros, e em 1855 temos o Exmo. Sr. do Coútto”.<sup>81</sup>

Segundo o periódico opositorista, a ameaça de uma epidemia de cólera constituía uma boa oportunidade para alguns médicos que sonhavam “com a *glória* de mostrar-se

---

<sup>79</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>80</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>81</sup> 22/08/1855, *A Constituição*.

heróis necessários”.<sup>82</sup> E essa percepção não era exclusiva de parte da imprensa: no Senado, identificava-se um certo ‘entusiasmo’ por parte dos doutores. Apoiando-se no próprio discurso médico de que o terror, o medo e a raiva predisporiam o corpo ao desenvolvimento da doença, o senador Dantas criticava o seqüestro de doentes, já que tal medida incitaria justamente esses sentimentos na família e nos amigos do colérico. Pedia, então, que o governo moderasse as ações desse tipo e dava ares de anedota a uma declaração de um médico paraense:

“Recordo-me que um médico dizia em um ofício: ‘Tenho a satisfação de comunicar a V. Ex. que fui eu que descobri a cólera-morbus!’ Que faça bom proveito! (*risadas*).”<sup>83</sup>

A crítica que parte da própria elite fazia estava endereçada ao “entusiasmo médico”. Portanto, por mais decididos que fossem no aconselhamento e execução de suas propostas eram constante e duramente questionados.

Embora a maior parte das denúncias não fossem identificadas, um e outro caso circulavam na imprensa – sobretudo, quando envolviam pessoas pertencentes a grupos sociais, ao menos, remediados. Hipólito de Assis Araújo compartilhou o seu drama com os leitores do jornal ao enviar uma carta em que narrava os constrangimentos a que fora submetido. Segundo Hipólito, depois da morte de sua mulher por cólera, a família foi compelida a deixar a casa para que esta fosse fumigada, estragando alguns pertences. Para

---

<sup>82</sup> 08/08/1855, *A Constituição*.

<sup>83</sup> 08/08/1855, *A Constituição*.

piorar a situação, o enterro ocorreu apenas três horas e meia depois da morte e nem os familiares puderam acompanhar o funeral – chocante para os costumes da época.<sup>84</sup>

Provavelmente, dramas semelhantes foram vividos por muitos outros que, no entanto, sem acesso às folhas em circulação, permaneceram incógnitos sob denúncias genéricas da oposição. Podemos inferir essa situação a partir da correspondência entre o ministro Coutto Ferraz e o provedor da Santa Casa, responsável pelos cemitérios públicos da cidade. O último tranquilizava o primeiro dizendo que desde o aparecimento do cólera, os corpos das vítimas da epidemia eram conduzidos diretamente para os ‘campos santos’.<sup>85</sup> A Misericórdia também deveria seguir a recomendação do presidente da Junta de fumigar a cama dos falecidos com ácido sulfuroso, destruir as roupas usadas e envolver o cadáver em cal, clorúeto, etc. para, então, “depositá-lo convenientemente”.<sup>86</sup>

Outros indícios nos mostram que a morte ia ampliando o seu espaço no cotidiano da população. Nos meses de agosto e setembro, além da construção de mais caixões, verificamos o crescimento na demanda por carroças para cadáveres e por homens – os africanos livres eram os mais empregados – que as conduzissem. Por trabalharem mais, a gratificação das pessoas que lidavam diretamente com os mortos (o “feitor da casa dos mortos”, o chefe e os remadores do escaler de condução dos cadáveres e aqueles que conduziam as “carrocinhas”) aumentou durante o tempo de epidemia.<sup>87</sup>

Outra prática religiosa que sofreu restrições durante a epidemia de cólera foram as procissões. Mais especificamente, as procissões de penitência que ocorriam em diversas

---

<sup>84</sup> 18/08/1855, *A Constituição*. Ver João José Reis, *A morte é uma festa – ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*, São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

<sup>85</sup> 10 e 11/09/1855, Ofícios da Santa Casa da Misericórdia (1850-1857), *ASCMRJ*.

<sup>86</sup> 18/07/1855, Registros dos Ofícios (1854-1856), *ASCMRJ*. O descontentamento com as medidas higiênicas que interferiam nos rituais funerários foi apontado nos estudos sobre outras cidades do Império: ver Jane Beltrão, *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*, 1999, p.244.

<sup>87</sup> 24/08 e 17 e 19/09 e 04/10/1855, Registro dos Ofícios (1854-1856), *ASCMRJ*.

freguesias à noite com o objetivo de tentar conter a ira celeste. Carregando andores, descalços e com a cabeça descoberta, os fiéis formavam uma “turbamulta” que, aos olhos dos mais ‘esclarecidos’, deixava os participantes suscetíveis ao cólera, aumentando o número de vítimas. A própria autoridade eclesiástica se convenceu dos argumentos dos médicos e proibiu as procissões de penitência, conclamando os católicos a continuar as preces e as demonstrações de caridade.<sup>88</sup>

Além das procissões, espaços públicos freqüentados pelas camadas mais remediadas também se esvaziaram:

[...] “vereis que o teatro está deserto. Os bailes públicos suspenderam-se. Vive-se, sim, no Rio de Janeiro; cada qual vai onde o chamam as suas obrigações, e as cumpre, porém sem zelo, sem incitamento, como se todos estivessem em um provisório cheio de riscos e de ameaças”.<sup>89</sup>

A sociabilidade das famílias ‘respeitáveis’ passava, prioritariamente, para o âmbito da ação caridosa. Assim, os cidadãos mais reconhecidos – e que buscavam reconhecimento – doavam dinheiro, roupas, lençóis, remédios, etc. e tinham os nomes listados nos jornais. Vários médicos e estudantes de medicina trabalharam de graça, assim como muitos funcionários do governo e da Santa Casa abriram mão de seus vencimentos, ou parte dele, em prol do auxílio aos doentes internados nas enfermarias, que passaram a se multiplicar pela capital.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> 22/09/1855, *A Constituição*.

<sup>89</sup> 29/09/1855, *A Constituição*.

<sup>90</sup> Ver Ofícios da Santa Casa (1850-1857), *ASCMRJ* e 26/09/1855, *A Constituição*.

Ao planejar as ações do governo em caso da chegada do cólera à cidade, a Junta de Higiene idealizava a circunscrição da doença aos navios e a lazaretos longe do centro. O seu discurso procurava não criar resistências: esclareciam que caso o doente não quisesse ir para o hospital, também receberia atendimento em casa. Advertiam, no entanto, que a miséria e a falta de asseio desta continuariam a prejudicar a saúde da vítima.<sup>91</sup> Porém, a simples possibilidade de que isso viesse a ser posto em prática gerou protesto e foi encarado como uma “bárbara medida”.<sup>92</sup>

De fato, os primeiros doentes de cólera identificados foram transferidos do hospital da Santa Casa para o Lazareto da Jurujuba.<sup>93</sup> À medida que a presença da moléstia ia se fazendo notar, as autoridades médicas tiveram de repensar o modo como lidariam com a situação. Como apontamos anteriormente, uma Comissão Central de Saúde Pública composta por membros da Junta e outros doutores eminentes passou a coordenar as ações contra o flagelo na cidade. Cada freguesia passou a ter uma Comissão de Saúde formada por médicos residentes, cujos endereços eram publicados nas folhas para que estivessem acessíveis à população. Enquanto o número de enfermarias não fosse suficiente, as Comissões seriam responsáveis por postos médicos, identificados por uma bandeira branca com um S no centro. Estes contariam com quatro a seis leitos para os casos de maior urgência.

Respaldado em um decreto de março daquele ano, o ministro do Império, Coutto Ferraz, ordenou a preparação das enfermarias especiais que a Santa Casa era obrigada a

---

<sup>91</sup> 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>92</sup> 22/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>93</sup> 18/07/1855, Ofícios da Santa Casa (1850-1857); 30/07 e 01/08/1855, Registro dos Ofícios (1854-1856); *ASCMRJ*.

manter em caso de epidemia.<sup>94</sup> No final de agosto, as enfermarias permanentes de Nossa Senhora da Saúde e de São João Baptista passaram, então, a receber os coléricos.<sup>95</sup> A partir daí, várias foram abertas sucessivamente e em caráter provisório: na rua de Bragança; no Largo da Lapa do Desterro; no Campo da Babilônia no Engenho Velho; na rua Nova do Conde.<sup>96</sup> Eram destinadas, prioritariamente, aos indigentes e aos escravos que seriam cuidados pelas irmãs de caridade e por enfermeiros da Santa Casa, além dos médicos. A própria Misericórdia se ofereceu para custear o estabelecimento de novas enfermarias enquanto durasse a epidemia.<sup>97</sup>

Cada enfermaria estava sob a direção de um médico, que era auxiliado por vários outros e por alunos da Faculdade. Havia também os farmacêuticos, responsáveis pelos remédios prescritos aos doentes. Além dessas Comissões de Saúde oficiais de cada freguesia, alguns médicos organizavam enfermarias particulares para atender gratuitamente os necessitados. Ao todo, contamos 17 enfermarias e postos médicos instalados em várias partes da cidade que anunciaram os seus serviços pelo *Jornal do Commercio* na época da epidemia.<sup>98</sup>

Apesar de sintéticos, esses avisos nos dão pistas sobre a relação da população com o serviço oferecido e os médicos. O dr. Peixoto, por exemplo, esclarecia que um dos motivos para que a epidemia não diminuísse a sua marcha nos arredores de sua casa de saúde, na freguesia da Lagoa, era o fato de que os doentes “só recorr[iam] ao médico na

---

<sup>94</sup> 18/07/1855, Ofícios da SCM (1850-1857), *ASCMRJ*.

<sup>95</sup> Registro dos Ofícios (1854-1856), *ASCMRJ*.

<sup>96</sup> 22/09/1855, *JC*; ver o mês de setembro de 1855, Registro dos Ofícios (1854-1856), *ASCMRJ*.

<sup>97</sup> 19/09/1855, Ofícios da Santa Casa da Misericórdia, *ASCMRJ*.

<sup>98</sup> É provável que tenham existido outros estabelecimentos, cujo funcionamento não foi divulgado pelo *Jornal do Commercio*.

última hora”.<sup>99</sup> Podemos concluir, portanto, que muitos coléricos tinham mais esperança de se curar com automedicação, conselhos de vizinhos e/ou terapeutas não autorizados do que com os acadêmicos. Apesar de o atendimento e os remédios serem gratuitos, parece que a doença era séria demais para se entregar nas mãos daqueles esculápios.

Interessante é perceber que neste universo, as mulheres tinham um comportamento mais específico. De acordo com o diretor da enfermaria São Sebastião, elas morriam mais do que os homens “em consequência da repugnância que todas mostram em se recolherem às enfermarias, sendo isso consequência de deixarem adiantar muito a moléstia”. Deixando de lado a relação direta entre o adiamento do tratamento por acadêmicos e a maior mortalidade, a fala desses médicos nos sugere que a experiência dessa situação de extrema fragilidade fora do espaço doméstico seria mais difícil para muitas mulheres.<sup>100</sup>

Tais anúncios prestavam contas à sociedade, que contribuía para a manutenção desses estabelecimentos, ao mesmo tempo em que procurava passar a idéia de eficiência dos médicos que ali trabalhavam. Não deixava de ser uma propaganda de doutores que, além de caridosos e bons cidadãos, seriam competentes. Obtinham visibilidade. Por isso, os drs. José Joaquim da Silva e Luiz José da Silva fizeram questão de explicar ao público, através de um jornal, que não eram os únicos encarregados do hospital do Largo da Lapa. Havia pouco tempo, uma nova enfermaria, dirigida por outros facultativos, fora aberta. Dessa forma, ao contrário do que podia parecer, salientavam que os mortos não saíam apenas da enfermaria a que estavam ligados.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> 23/10/1855, *JC*.

<sup>100</sup> 08/10/1855, *JC*.

<sup>101</sup> 05/10/1855, *JC*.

## Uma estratégia médica divergente

No caso das enfermarias e postos médicos organizados pelo governo, a nomeação dos médicos, de acordo com o lugar onde morassem, certamente foi facilitada devido à listagem realizada pela Secretaria de Polícia da Corte no final de julho de 1855. Essa lista, por si só, já indica uma mudança de abordagem para enfrentar o problema, já que as anteriores eram muito fragmentadas, pois constituíam dados recolhidos pelos fiscais da Câmara Municipal de forma não sistemática.<sup>102</sup> Composta pelo endereço e pelo “sistema de curativo” – alopátia ou homeopatia – era, provavelmente, uma forma de o governo identificar e localizar os médicos que poderiam ser mobilizados para o tratamento dos coléricos. Constituíam dados importantes para traçar estratégias de auxílio à população atingida através da abertura de postos médicos ou da simples divulgação do lugar onde os doutores poderiam ser encontrados.

---

<sup>102</sup> Pelo menos, as que foram encontradas durante a pesquisa. 30/07/1855, código 46-2-44, Médicos, cirurgiões, dentistas, práticos, parteiras, farmacêuticos, farmácias, etc., e licenças para vender medicamentos, *AGCRJ*.

**Tabela: Distribuição de médicos de acordo com a freguesia e o sistema curativo**

<b>Freguesia</b>	<b>Sistema curativo</b>	
Sacramento	Alopatas	41
	Homeopatas	3
São José	Alopatas	32
	Homeopatas	6
Candelária	Alopatas	25
	Homeopatas	4
Santa Rita	Alopatas	29
	Homeopatas	4
Santa Ana	Alopatas	27
	Homeopatas	1
Santo Antonio	Alopatas	27
	Homeopatas	1
Engenho Velho	Alopatas	19
	Homeopatas	1
Glória	Alopatas	16
	Homeopatas	-
Lagoa	Alopatas	6
	Homeopatas	-
<b>Total de médicos</b>		<b>242</b>

Fonte: Códice 46-2-44 (Médicos, cirurgiões, dentistas, práticos, parteiras, farmacêuticos, farmácias, etc. e licenças para vender medicamentos – 1850 a 1913), *AGCRJ*.

Desse documento, salta aos olhos o destaque dado ao sistema terapêutico adotado por cada médico. Isso demonstra o reconhecimento do governo da importância que a homeopatia tinha adquirido entre a população.

No começo de agosto, o dr. Duque-Estrada cobrava ao ministro do Império a nomeação de homeopatas para as Comissões Médicas das freguesias. Argumentava que havia 40 ou mais médicos que praticavam o sistema homeopático, dentre os quais a maioria

tinha se formado pelas Faculdades do país.<sup>103</sup> Cerca de um mês e meio depois, o dr. Reginaldo Muniz Freire chamava a atenção do governo para as vantagens da homeopatia, cujos medicamentos eram de muito mais fácil aplicação, necessitando de um número menor de enfermeiros. Além disso, nada seria mais justo que oferecer os serviços dos homeopatas à população, uma vez que era “sabido que mais de metade da população da corte e província do Rio de Janeiro prefere curar-se por este sistema médico, incluindo mesmo as classes pobres que têm de recorrer mais freqüentemente aos postos médicos oficiais”.<sup>104</sup>

Ainda que não chegasse à metade, uma parcela expressiva da população deve ter preferido o sistema homeopático. Caso contrário, a Santa Casa não abriria, logo em seguida, uma enfermaria provisória constituída exclusivamente por homeopatas. Trata-se da Enfermaria Nossa Senhora da Conceição, situada na rua da Quitanda, 40. Dirigida pelo dr. Maximiano Marques de Carvalho, contava ainda com os drs. José Henrique de Medeiros, T. Cochrane, Francisco Alves de Moura, Joaquim José da Silva Pinto, Maximiano Antonio de Lemos e Carlos Childloe.<sup>105</sup>

Logo no começo de outubro, um outro grupo de médicos organizou mais uma enfermaria homeopática – São Vicente de Paulo –, na rua da Misericórdia, 47. Lembrando o legado de João Vicente Martins,<sup>106</sup> os drs. Alexandre Mendes Calaza, Joaquim Pereira de Araújo, Pedro Ernesto Albuquerque de Oliveira, Antonio Antunes Guimarães Filho,

---

<sup>103</sup> 09/08/1855, *JC*. Não encontrei outros documentos que dessem indicações mais precisas sobre o número de homeopatas trabalhando na capital, pois a tabela acima soma 20, enquanto o dr. Duque-Estrada fala em 40 ou mais.

<sup>104</sup> 21/09/1855, *JC*.

<sup>105</sup> 26/09/1855, *JC*.

<sup>106</sup> Um dos primeiros homeopatas a clinicar no Brasil, e ardoroso defensor do sistema, morreu em 1854.

Joaquim Alves Pinto Guedes e João de Souza Santos, disponibilizaram os seus serviços para o atendimento gratuito aos doentes pobres.<sup>107</sup>

Nesse contexto de epidemia, alguns alopatas chegaram a aceitar que, num posto médico coordenado por eles, coléricos fossem tratados homeopaticamente. Tal acontecimento mereceu uma nota de agradecimento do homeopata, dr. J. R. Pereira Reis, ao diretor, dr. Neves. É importante notar que Jacintho Rodrigues Pereira Reis possuía prestígio na comunidade médica, pois era o inspetor geral do Instituto Vacínico e, portanto, membro da Junta de Higiene. Mesmo assim, em vez de interpretarmos essa aceitação apenas como decorrência da posição de Pereira Reis, devemos considerar a ‘conversão’ de diversos alopatas para a homeopatia como mais um indicativo do movimento de expansão desse sistema terapêutico.<sup>108</sup> Havia poucos anos, vários médicos que serviam nas fileiras da homeopatia naqueles tempos de cólera, encontravam-se do lado oposto, como os drs. Francisco de Paula Meneses e José Henrique de Medeiros.

No início da década de 1850, circulavam na imprensa muitas propagandas e artigos pagos sobre a homeopatia. A atuação dos homeopatas durante a epidemia de febre amarela acabou por popularizá-la mais e, diante de resultados positivos, incentivou a adesão de outros médicos.<sup>109</sup> Ao aderir a escola do *similia similibus curantur*, no entanto, essas pessoas não estavam entrando para um grupo coeso. Havia percepções diferentes sobre o papel da homeopatia na sociedade e a forma como se relacionaria com os clientes. E isso implicava em posições distintas frente aos alopatas, que constituíam a maioria da elite médica, que ocupava cargos na academia, faculdade, periódicos especializados e nos órgãos de saúde pública do governo.

---

<sup>107</sup> 01/10/1855, *JC*.

<sup>108</sup> 26/09/1855, *JC*.

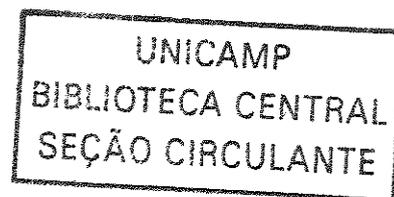
<sup>109</sup> Ver, por exemplo, 07/06/1849, 09/04/1850, *JC*.

Como vimos, os terapeutas não formados em faculdades, como os curandeiros, foram proibidos de colocar em prática os seus saberes. Uma parte destes pode ter se concentrado na venda de remédios que, apesar de sujeita à regulamentação, apresentava muito mais brechas para inserção no mercado legal (pedidos de licença para a venda de remédios e de privilégios, cujos trâmites burocráticos podiam se estender bastante).

No dia a dia esses serviços continuavam a ser requisitados por diversos grupos sociais. Os médicos tinham, então, de ‘esclarecer’ à população que era perigoso e ineficiente recorrer aos terapeutas não autorizados. Entre a elite médica, porém, a questão estava definida: só poderia exercer práticas de cura quem tivesse permissão das faculdades do Rio de Janeiro ou de Salvador.

Com os homeopatas, a situação era bem mais complicada. A princípio deveriam se adequar às leis do país: só poderiam clinicar se fossem médicos com diploma reconhecido. A discussão entre homeopatas e alopatas deveria se restringir à eficiência de cada sistema terapêutico. No entanto, desde o seu início no Brasil, a homeopatia enfrentou problemas em relação aos alopatas e, com a instalação da Junta, tornaram-se mais evidentes.

A conta em que era tido um dos mais atuantes homeopatas, João Vicente Martins, pode ser exemplificada por um requerimento de Felix Martins, membro da Junta: “Proponho que se proceda contra este delinqüente, que tanto tem escarnecido da classe médica”. Entre as autoridades médicas, Felix Martins foi um dos mais generosos em atenção aos seguidores de Hahnemann. Durante 1853, por exemplo, o provedor de Saúde do Porto sugeriu diversas vezes aos membros da Junta para que oficiassem à polícia



medidas repressoras às atividades de Vicente Martins.<sup>110</sup> Este bem que tentara estabelecer um diálogo sobre a homeopatia, contudo fora solenemente ignorado pelo futuro barão de São Félix. Desqualificando o interlocutor, afirmava que não debateria pela imprensa com um incompetente que nem era cirurgião.<sup>111</sup>

Contudo, durante essa época de epidemias, os homeopatas gozaram de prestígio entre a população e alguns representantes da lei. Além de médicos que teriam se convertido ao sistema homeopático, alguns inspetores de quartirão teriam aceitado o convite de Vicente Martins para que aprendessem e tratassem os doentes através da homeopatia. O confronto com a elite médica era inevitável, pois o homeopata afirmava publicamente que não era preciso ser médico para exercer a homeopatia, colocando à disposição dos delegados e vigários uma pequena farmácia homeopática para combater a febre amarela.<sup>112</sup>

O que mais irritava a Junta era a existência da Escola Homeopática, do Instituto Homeopático dirigido por Benoît Mure e João Vicente Martins, que conferia diplomas aos seus alunos, dando margem a um grande debate. O artigo 33 da lei de outubro de 1832 parecia, à primeira vista, claro:

“O ensino da Medicina fica livre: qualquer pessoa nacional ou estrangeira, poderá estabelecer Cursos particulares sobre os diversos ramos das ciências médicas e lecionar à sua vontade sem oposição alguma da parte das Faculdades”.<sup>113</sup>

---

<sup>110</sup> Citação em 01/02/1853, códices 8-2-11, Higiene Pública: Atas, e 8-2-12, Junta de Higiene: Atas; 08/03/1853 e 12/04/1853, códice 8-2-12, *AGCRJ*.

<sup>111</sup> 19/08/1849, *JC*. Porém, Martins tinha o diploma de cirurgião, obtido em Portugal.

<sup>112</sup> 09, 15 e 19/04/1850, *JC*.

<sup>113</sup> Lei de 03/10/1832, *CLB*.

Mas, segundo o presidente da Junta, nem tanto: “esta permissão que dá a Lei [...] não pode, ou não deve ser tomada em sentido tão lato”.<sup>114</sup> Parecia demais à Junta que os certificados ostentassem “todo o aparato de diplomas expendidos por corporações acadêmicas regulares e oficiais, sendo até marcados com timbres ou selos pomposos” a ponto de confundirem muitas câmaras municipais que acabavam por registrá-los oficializando terapeutas não formados nas Faculdades.<sup>115</sup>

De acordo com Félix Martins, isso representava um grande risco para a humanidade porque muitos adotavam “como meio de vida diversas profissões e ofícios mecânicos (havendo mesmo alguns que por largo tempo fora fazedor [sic] de sabão e velas de sebo)”. Sugeriu, então, que se publicasse nas folhas da cidade um artigo alertando a população para tal perigo.<sup>116</sup>

Cansada de denunciar a situação ao delegado e ao chefe de polícia – o que demonstra a dificuldade em impor a sua autoridade –, a Junta resolveu se dirigir ao ministro do Império, apontando “os males que provém da existência da chamada Escola homeopática”.<sup>117</sup>

“barateando diplomas a homens rudes, incapazes até de desconfiar da manha daqueles que lhe fazem acreditar que se tornaram de meros oficiais mecânicos professores homeopatas; povoando de charlatães todo o Império, e dando assim asa ao exercício clandestino, quando não publicamente ilegal,

---

<sup>114</sup> Correspondência de P. Cândido para o ministro Coutto Ferraz, de 26/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>115</sup> Citação em 07/06/1853, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*. O debate prosseguiu nas sessões seguintes: 14 e 21/06/1853. Ver também 26/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>116</sup> 08/11/1853, códigos 8-2-11, Higiene Pública: Atas, e 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>117</sup> Correspondência de P. Cândido para o ministro Coutto Ferraz, de 26/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

da medicina: são tantos os abusos que cotidianamente se praticam, mesmo nesta Corte, iludindo se a Lei e as autoridades do País, são tão graves os danos que pode sofrer a humanidade, entregando-se nas suas dores à supina ignorância dos discípulos de uma tal Escola”.<sup>118</sup>

Alguns meses depois, o ministro expunha o parecer do Conselho de Estado: o governo não poderia proibir o ensino da homeopatia, nem que se passassem certificados, entretanto, estes não poderiam ser registrados nas repartições de Higiene Pública e não davam o direito ao exercício da medicina. Até aí, nada de novo. A ressalva que deve ter consolado os médicos era a ordem para que tais certificados se ativessem a um modelo mais modesto, bem diferente dos diplomas conferidos pelas Faculdades, e sem “qualquer declaração relativa a habilitações para o exercício da medicina”.<sup>119</sup>

Mais do que pessoas sem a devida formação acadêmica clinicarem – o que não chegava a ser uma novidade –, o fato de um grupo (que incluía médicos) conceder a elas esse direito era motivo de exasperação. Isso contrariava todo o processo de conquista do monopólio das atividades terapêuticas claramente traçado desde o fim da Fisicatura-mor.

No entanto, conforme já apontamos, os homeopatas não formavam um grupo homogêneo. Havia médicos que tentavam manter uma postura conciliadora. O dr. Azambuja, por exemplo, declarara não adotar apenas um sistema, tratando os seus doentes tanto pela homeopatia quanto pela alopatia.<sup>120</sup> É verdade que não a sustentou por muito

---

<sup>118</sup> Correspondência de P. Cândido para o ministro Coutto Ferraz, de 26/11/1853, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

<sup>119</sup> 07/03/1854, código 8-2-12, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>120</sup> 12/06/1849, *JC*.

tempo. Talvez o debate com o dr. Duque-Estrada e Vicente Martins,<sup>121</sup> que defendia o uso exclusivo da homeopatia, tenha feito Azambuja pensar melhor e o levado a voltar ao *Jornal do Commercio*, no ano seguinte, afirmando:

“O tratamento homeopático é o único que tenho empregado na febre reinante, por ser o único que se funda em bases certas e racionais, por ser aquele que a experiência e os fatos tem sancionado como verdadeiro e único vantajosamente aplicável contra esta moléstia.”<sup>122</sup>

Outro médico homeopata, dr. Emilio Germon, também procurava não se afastar tanto da corporação, talvez por se colocar em disputa com outro grupo de homeopatas, reivindicando para si a introdução da homeopatia no Brasil. Afirmava ser contra a idéia de que qualquer um pudesse exercer a homeopatia.<sup>123</sup> Apesar de não estar associado ao grupo da Academia Médico-Homeopática, esta posição convergia para as idéias defendidas por seus membros, como os drs. Domingos Duque-Estrada e Maximiano Marques de Carvalho.

A discordância entre os dois grupos – o a favor e o contrário ao exercício da homeopatia pela população em geral – era patente em vários artigos, em que um criticava o outro publicamente.<sup>124</sup> A estratégia do segundo grupo conseguia fazer com que terapêutica dos semelhantes ampliasse o seu espaço no campo médico, ao mesmo tempo em que era poupado de ataques alopáticos, concentrados no primeiro.

Isso não queria dizer que as discussões públicas cessariam no momento em que todos concordassem com a exclusividade da clínica homeopática entre os próprios médicos.

---

<sup>121</sup> Ver a partir de 13/06/1849, *JC*.

<sup>122</sup> 16/04/1850, *JC*.

<sup>123</sup> 25/04/1849, *JC*.

<sup>124</sup> Por exemplo, 13, 15 e 17/01/1849; 06/01/1850, *JC*.

Embora a medicina acadêmica tivesse de aceitar médicos praticando a homeopatia, ainda questionava-se muito a eficácia desse sistema. Na verdade, questionava-se muito a eficácia de qualquer sistema terapêutico. Se a medicina oficial não conseguia impor os seus parâmetros acerca do exercício médico, a sua posição era muito mais frágil quando o assunto era eficiência.

Nesse ponto, eram os homeopatas quem atacavam mais. Em seus freqüentes artigos, sempre comparavam os seus resultados, em termos quantitativos (a relação do número de pessoas tratadas com o de curadas) e qualitativos (a rapidez do tratamento e/ou o sofrimento adicional que impunha ao doente), com os tratamentos alopáticos, apontando a desvantagem destes. E o contexto da epidemia de cólera evidenciava essa estratégia de comparação.

O dr. Cesário denunciava a alopatia como nociva, pois com os seus remédios cáusticos e as emissões sanguíneas pioravam ainda mais o estado do enfermo.<sup>125</sup> Além disso, os alopatas seriam incoerentes tanto no que dizia respeito ao tratamento empregado, quanto à quantidade de remédios gastos, segundo o dr. Maximiano de Carvalho.<sup>126</sup>

Um artigo de um médico que não quis se identificar exemplifica uma das formas com que a alopatia procurava tratar o cólera:

“e então as sangrias, quer pela flebotomia, quer por meio de ventosas ao epigástrio ou à base do tórax, e quer por meio de sanguessugas ao ânus ou à nuca e apófises mastóides e à espinha dorsal, libertando não só ação nervosa ou dos centros nervosos, como a respiração e a circulação do sangue nas veias hemorroidais ou do fígado, e em suma, favorecendo a hematose, é que

---

<sup>125</sup> 24/04/1850, *JC*.

<sup>126</sup> 30/07/1855, *JC*.

deixarão de passarem pela contingência das lesões consecutivas por que passam todos aqueles que empiricamente foram tratados ou entregues aos recursos dos excitantes internos e externos”.<sup>127</sup>

Outro, do dr. Peixoto anunciava um “novo meio curativo do cólera morbus” que consistia em introduzir três a quatro grãos de extrato gomoso de ópio através de uma sonda no canal da uretra.<sup>128</sup>

Daí críticas como esta: “enfim a medicina é assim: cáusticos, sangrias, moxas e sedenhos<sup>129</sup> são as suas doçuras, o sofrimento alheio a torna implacável”.<sup>130</sup> Decerto nem todos os alopatas eram tão entusiasmados com as sangrias, contudo estas constituíam um recurso importante. Tanto que, com o mesmo sentimento de caridade com que farmacêuticos homeopatas davam os seus glóbulos levemente adocicados para a pobreza, alguns comerciantes anunciavam:

“DE GRAÇA AOS POBRES: aplicam-se sanguessugas e ventosas; e a quem puder pagar vendem-se e aplicam-se, a 100 160 e 200 rs. cada uma; na loja de barbeiro, rua da Quitanda n.14.”<sup>131</sup>

Muitos doentes não ficavam passivos diante dos tratamentos que lhes pretendiam impor. O delegado da Comissão de Higiene Pública do Pará, dr. Silva Castro, por exemplo, denunciava que vários coléricos resistiam em se deixarem sangrar por conselho de

---

<sup>127</sup> 27/09/1855, *JC*.

<sup>128</sup> 16/10/1855, *JC*.

<sup>129</sup> Mecha de fios introduzidos numa chaga para fazê-la supurar.

<sup>130</sup> 29/07/1855, *A Constituição*.

<sup>131</sup> 30/09/1855, *JC*.

homeopatas.<sup>132</sup> Considerando tais recursos terapêuticos, o dr. Duque-Estrada explicava que muitos pobres procuravam as doses infinitesimais pelo “instinto de conservação” que lhes dava “o bom senso de fugirem às sangrias, ao ferro e ao fogo da alopatia”.<sup>133</sup>

Exagero de homeopata – dificilmente um alopata empregaria tudo ao mesmo tempo num único doente. De acordo com a corrente seguida, enfatizava-se mais os sudoríferos, os vesicatórios, os eméticos ou os purgativos. A Academia Imperial de Medicina e a Comissão Central de Saúde Pública apresentaram os procedimentos terapêuticos mais importantes e menos ‘drásticos’ para a população se prevenir e/ou se tratar antes de conseguir o socorro médico apropriado.

Manter o colérico agasalhado era fundamental sempre, enquanto as outras medidas variavam de acordo com o desenvolvimento da moléstia. Assim, em determinado estágio era recomendado dar caldos de arroz, cevadinha ou frango, usar de clisteres<sup>134</sup> de chá de flores de sabugueiros, salva, camomila ou casca de limão. Caso houvesse dor de estômago e intestinos, deveria ser oferecida alguma bebida mucilaginosa ou um pouco de água açucarada. A proximidade entre o arsenal terapêutico da medicina acadêmica e o usado pela população em geral mostra-se evidente. Empregando esses recursos, os médicos visavam atenuar a diarreia e provocar a transpiração, o que poderia ser ajudado com medicamentos à base de ópio como o láudano líquido de Sydenham e o elixir paregórico da Londinense. O tratamento poderia ser complementado com fricções à espinha com espírito de vinho, água canforada e vinagre quente; no ventre, qualquer cataplasma emoliente “opiado”. Se a moléstia não cedesse, seria útil tentar a ipecacuanha para provocar o vômito ou algum

---

<sup>132</sup> Artigo do dr. Maximiano Marques de Carvalho, “Apontamentos sobre o tratamento homeopático da cólera-morbus”, em 01/08/1855, *JC*.

<sup>133</sup> 09/08/1855, *JC*.

<sup>134</sup> “São injeções retais feitas no grosso intestino, por meio da seringa”. Pedro Chernoviz, *Formulário e guia médico*, 1908.

purgativo brando. Como anti-espasmótico serviria o éter sulfúrico em água com açúcar. Em geral, esses cuidados seriam suficientes para tirar o mal do organismo.<sup>135</sup>

Além da parte terapêutica, todas as publicações destacavam a importância de se seguir os preceitos da Higiene privada que poderiam ser resumidos em “sobriedade e temperança”. Limpeza do corpo e das habitações, mudança diária de roupa, secura e arejamento das casas e quintais, não acumular muito as matérias de despejo, nem criar animais proibidos pelas posturas. Excessos – sexuais, alimentares, de trabalho - deveriam ser evitados.<sup>136</sup>

Havia um certo consenso entre os médicos a respeito da importância da limpeza e salubridade para se evitar o cólera. De acordo com o próprio presidente da Junta, a prevenção de epidemias pestilenciais, como a de cólera, consistia em impedir a formação de miasmas e de umidade. Os seqüestros, cordões sanitários e quarentenas, assim como “toda a balburdia de lazaretos, de cartas sujas” eram eficazes apenas no sentido de evitar a piora da situação.<sup>137</sup>

Atento aos recentes estudos europeus, Paula Candido sabia que as evacuações e as roupas sujas dos coléricos constituíam os meios mais certos de transmitir a doença, pois daí nasceria um mofo ou cogumelo que se espalharia pelo ar. Por isso, era importante que as

---

<sup>135</sup> Preceitos terapêuticos publicados pela Comissão Central de Saúde Pública em 10/09/1855, *JC*.

<sup>136</sup> “Instruções prática [...]” de Pereira Rego, 10/08/1855, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN* e *Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cholera-morbus reclamada por muitos Sr. Fazendeiros, e pessoas do interior, que estão longe dos recursos da Corte*, Paula Candido, 1855.

<sup>137</sup> *Medidas de salubridade reclamadas pela cidade do Rio de Janeiro. E acerca da febre amarela em particular*. Dr. Francisco de Paula Cândido, Rio de Janeiro, Tipografia Nacional, 1854.

evacuações não fossem despejadas perto de casas, tanques ou rios antes de serem desinfetadas com clorúeto de cal ou clorúeto de soda.<sup>138</sup>

Aliás, desinfetar era uma palavra-chave da época. No início de setembro, Paula Cândido defendia o controle da epidemia deveria ocorrer através da destruição das emanções ou produtos orgânicos espalhados pelas praias, ruas, valas e casas. Ou seja, os esforços seriam concentrados na melhora do esgotamento das águas, na limpeza das praias, ruas e valas e no emprego de substâncias desinfetantes. Quanto às casas, não havia outro modo de evitar o mal: desinfecção de casa em casa.<sup>139</sup>

A fórmula recomendada para que moléstia passasse longe consistia em: cal nas paredes e fumigação com vinagre, ácido sulfuroso (enxofre queimado) ou cloro e aspersão com água de Labarraque. Tais indicações deram mais força aos anúncios que se multiplicavam nas folhas diárias: líquido desinfetante do dr. Marini, pós químicos desinfetantes de Aleixo Gary, água anti-pestilencial e pós desinfetantes aprovados pelo dr. Paula Cândido. As lojas também faziam propaganda do clorúeto de cal e de cloro líquido para limpar o ambiente.

Como preservativos e curativos, a população podia recorrer a medicamentos que iam desde um “licor anti-colérico” até à “panacéia anti-colérica”. Afora esses específicos, vários ‘remédios’ passaram a ser bons também para prevenir a “moléstia reinante”, como conhaque, vinho do Porto, laranjinha, bitter em meias garrafas, espírito de vinho e águas gasosas de Seltz. O “elixir do dr. Guillie”, por exemplo, continuaria a precaver os seus consumidores contra asma, catarro, coqueluche, apoplexia, paralisia, doenças biliosas,

---

<sup>138</sup> *Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cholera-morbus reclamada por muitos Sr. Fazendeiros, e pessoas do interior, que estão longe dos recursos da Corte*, Paula Cândido, 1855. Nesta obra o médica prioriza os sudoríferos e os purgantes no tratamento do cólera.

<sup>139</sup> 01/09/1855, JC.

febre amarela, icterícia, indigestão, etc., mas também ajudaria a manter longe o cólera-morbus.

A julgar pela quantidade de reclames, as chapas de cobre parecem ter feito bastante sucesso entre a população amedrontada pelo cólera. O folheto que as introduzira no Rio de Janeiro explicava que o seu uso em algumas cidades da Europa se baseava na observação de que as regiões onde existiam minas de cobre e os bairros onde se concentravam os caldeireiros não haviam sido atingidos pela doença. À medida que a epidemia foi mostrando mais força, o que ocorreu principalmente em setembro, as chapas medicinais iam sendo oferecidas em um número crescente de lojas – inclusive funilarias – em diversos pontos da capital e no interior da província. Naqueles dias, muitas pessoas devem ter circulado pela cidade munidas do apetrecho, que deveria deixar uma “nódoa esverdeada na pele da pessoa” como indicativo de que estaria livre do cólera.<sup>140</sup>

Havia, é claro, os céticos quanto à eficácia do recurso metálico. Pois um deles fez questão de experimentá-lo. Depois de três dias com a chapa de cobre aplicada sobre a região epigástrica, o autor de um artigo publicado no *Jornal do Commercio* só havia colecionado efeitos negativos: gosto metálico, cólicas cada vez mais fortes e freqüentes, pontadas na região do coração, formigamento nas extremidades, tonteiras e zumbido nos ouvidos, além de uma marca azul na pele (que não sairia tão facilmente) em virtude da oxidação.<sup>141</sup>

A variedade de “preventivos e curativos” à disposição do público, também estava à vista das autoridades que deveriam reprimir o comércio de produtos não autorizados.

---

<sup>140</sup> 14/09/1855, *JC*.

<sup>141</sup> 03/10/1855, *JC*.

Naquele momento, contudo, as atenções da Junta estavam voltadas para medidas relacionadas à salubridade da cidade e à organização do atendimento médico. Questões como o fechamento ou o desentupimento de valas suscitavam debates importantes entre os médicos e as pessoas mais ilustradas: valeria a pena revolver todo aquele material, alimentando os miasmas deletérios? Mais uma vez, a Junta não possuía uma opinião firme a respeito, emitindo ordens contraditórias que não passavam despercebidas pela oposição.<sup>142</sup> Outro ponto que tomava o tempo da Junta era a abertura de postos médicos e enfermarias, o que envolvia a alocação de recursos, além da escolha e nomeação de médicos e enfermeiros. Com o agravamento da epidemia, esses problemas foram absorvendo os membros da Junta, o que se refletia na diminuição da frequência de sessões. O maior intervalo se deu entre os meses de agosto e outubro, justamente os piores momentos. Assim, muitos pareceres sobre produtos contra o cólera foram dados apenas em novembro.

Passado o pico epidêmico, os médicos da Junta puderam analisar os remédios que requereram licença e privilégio e, em sua maior parte, foram avaliados como imitações de fórmulas já conhecidas, fosse da esfera acadêmico ou de conhecimento popular. Assim, o dr. Pereira Rego poupava tinta e tempo ao afirmar sobre quatro deles de uma vez:

“todos são uma miserável imitação de outras fórmulas já muito conhecidas, e geralmente empregadas pelo povo: e que se uma ou outra vez podem ter dado algum resultado vantajoso este só se terá efetuado nas condições as

---

<sup>142</sup> Artigo do dr. Peixoto em 22/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*. Editorial de 19/09/1855, *A Constituição*.

benignas da moléstia, em que simples bebidas sudoríferas com adição de qualquer calmante são bastantes para alívio do doente”.<sup>143</sup>

A venda de medicamentos, contudo, foi muito pouco afetada por qualquer repreensão da Junta. O contrário ocorria com mais freqüência, pois a indicação de alguma substância por uma autoridade médica tornava-se mais um elemento de promoção das vendas.

As orientações à população publicadas pela Academia Imperial de Medicina e pela Comissão Central de Saúde Pública eram acompanhadas da ressalva de que o doente deveria ser socorrido por um médico tão logo fosse possível. Além disso, os medicamentos indicados deveriam permanecer “em lugar seguro e reservado”.<sup>144</sup> Essas considerações, porém, tentavam apenas amenizar o desvio que a elite médica se via obrigada a fazer da estratégia para conquistar o monopólio das artes de curar. Na tentativa de conter os estragos causados pela doença, recorreram aos jornais e a pequenas publicações para divulgarem os seus conselhos, dando mais margem à automedicação.

Nesse contexto, aproximavam-se do comportamento dos homeopatas. Ensinavam, em opúsculos, a reconhecer no corpo os estágios de desenvolvimento da doença, de acordo com o conhecimento acadêmico. Um só anúncio dava conta de trinta e quatro obras “ultimamente chegadas sobre higiene, cólera-morbus e febre amarela”, todas em francês. Além das já citadas “Medidas de salubridade reclamadas pela cidade do Rio de Janeiro, e

---

<sup>143</sup> 21/11/1855, código 8-2-13, Junta de Higiene: Atas, *AGCRJ*.

<sup>144</sup> “Instruções práticas relativas aos socorros imediatos que se devem ministrar aos indivíduos que apresentam os primeiros sintomas do cólera álgido, enquanto se não pode obter a indispensável presença de um Médico apresentadas pela Academia Imperial de Medicina [...]” assinado por José Pereira Rego em 10/08/1855, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), *AN*.

acerca da febre amarela em particular” e “Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cholera-morbus reclamada por muitos Sr. Fazendeiros, e pessoas do interior, que estão longe dos recursos da Corte” do dr. Paula Cândido, encontrava-se facilmente no mercado “Instruções contra a cólera epidêmica” do dr. Antonio José Peixoto e “A Cholera-Morbus Epidêmica na sua invasão em Portugal” do dr. Emigdio Manoel Victorio da Costa.

Explicavam a terapia adotada, indicando os remédios e o modo de usar. Enfim, faziam o que os discípulos de Hahnemann vinham colocando em prática havia mais de dez anos. Mesmo com aquela divisão apontada anteriormente, entre os homeopatas, a respeito de não médicos clinicarem dentro do sistema dos semelhantes, a automedicação era uma característica importante da homeopatia. Dessa forma, como apontava João Vicente Martins, quanto mais esta fosse adotada, mais havia de se diminuir o número de médicos. Segundo o homeopata, isso seria muito bom para a sociedade porque, conseqüentemente, os interesses materiais da classe médica também diminuiriam.<sup>145</sup> Pelo que vimos, muitos devem ter concordado.

É verdade que havia uma vantagem no tratamento homeopático quanto ao emprego por leigos: era bem menos traumático. Então, se alguém tomasse de mais ou de menos gotinhas ou glóbulos de uma substância dinamizada, não sofreria tanto quanto se ingerisse extrato de ópio ou mercúrio demais (que serviam de base para muitos remédios alopáticos).

Entretanto, a condenação a automedicação e boa parte da ‘implicância’ com a homeopatia não estavam relacionadas apenas com o alegado perigo que o uso destas duas envolvia. Tinha a ver com a manutenção ou o resgate da capacidade de cada um interpretar

---

<sup>145</sup> 28/07/1849, *JC*.

os sinais relativos a sua saúde. Interpretação e ação sobre a saúde que deveriam ser prerrogativas das pessoas com formação acadêmica própria, de acordo com a elite médica.

Se em épocas calmas os homeopatas faziam propaganda de seu sistema terapêutico, divulgando o próprio conhecimento, durante a estada do cólera na cidade, os ‘conselhos’ à população se multiplicaram. A Academia Médico-Homeopática do Brasil instituiu a cânfora como o medicamento ideal, contudo, dependendo das especificidades pessoais e do quadro apresentado, poderia ser mais indicado a ipecacuanha, o veratrum ou o arsenicum, cada um com determinada dinamização, entre muitos outros. Todas as situações foram detalhadamente explicadas, podendo ser seguidas por qualquer leitor do jornal.<sup>146</sup> Além disso, outros homeopatas publicaram explicações sobre o momento e a forma de tomar cada remédio.<sup>147</sup>

Outra forma de divulgação da doutrina hahnemaniana era publicação de livros e folhetos. Alguns eram específicos sobre o cólera como: “A Cholera-Morbus tratada homeopaticamente” de João Vicente Martins; “Tratamento homeopático, curativo preservativo, do cólera morbus” dos drs. Charge e Jahr traduzido por dr. P. A. Lobo Moscoso; “Manual para tratamento de cólera” do dr. Maximiano M. de Carvalho; e “Cólera-morbus – Tratamento”, de Pedro Ernesto Albuquerque de Oliveira. Outros haviam sido concebidos como manuais gerais para a pessoa que usasse medicamentos

---

<sup>146</sup> 01/08/1855, *JC*.

<sup>147</sup> Dr. Maximiano Marques de Carvalho, “Apontamentos sobre o tratamento homeopático da cólera morbus” do 30/07, 01/08 (suplemento), 03/09, 09/09, 16/09; dr. Emílio Germon, “Saúde Pública”, 11/09; dr. Reginaldo Muniz Freire, “A epidemia reinante na Província da Bahia” de 12/09; dr. H. Chomet, “O cólera morbus é ou não contagioso?”, 13/09 e “Exame filosófico e crítico de alguns modos de tratamento, e remédios empregados no cólera morbus”, 05/10; dr. João de Souza Santos, “Indicações para atalhar a colerina e cólera morbus enquanto se espera o médico”, 19/09; “O Dr. Cochrane aos Srs. Fazendeiros e pessoas longe dos socorros médicos”, 24/09. Todos de 1855, *JC*.

homeopáticos e continham capítulos referentes ao cólera. Era o caso de “Medicina Popular. O médico do povo”, do dr. Benoît (Bento) Mure; “Prática elementar da homeopatia pura ou conselhos clínicos”, deste e de João Vicente Martins; da “Patogenesia homeopática”, do dr. Mello Moraes; do “Manual de tratamento do cólera, problemas menstruais e crianças com dentição e verme, segundo os princípios de Hahnemann”, do dr. Pereira de Figueiredo; do “Manual Homeopático”, do dr. Emilio Germon; e do “Guia Prático Elementar de Curar Homeopaticamente – para fazendeiros e pessoas longe dos socorros médicos” e “Medicina doméstica homeopática”, ambos do dr. Cochrane.

A divulgação dos conhecimentos homeopáticos através de opúsculos e artigos em periódicos estava relacionada à tradição do Setecentos dos manuais de medicina. Procurava-se levar o médico mesmo onde ele não era encontrado e fazer circular preceitos da medicina dita científica. Havia uma certa diferença de objetivo entre os homeopatas: para o grupo do Instituto Homeopático suas obras deveriam ajudar a população a se libertar dos médicos, enquanto para aqueles ligados à Academia Médico-Homeopática tais conselhos serviriam para ampliar a adesão da sociedade à homeopatia. De todo modo, ambos recorriam a este meio de difundir o seu sistema. A elite médica, por seu turno, considerava a propagação dos conhecimentos médicos uma ameaça ao espaço que vinha conseguindo lentamente, da mesma forma que os seus colegas franceses do século XVIII.<sup>148</sup> Pode-se imaginar a indignação de certas autoridades médicas com a seguinte promoção: na compra de uma botica portátil

“dar-se-á gratuitamente um frasco de tintura (mãe) de arnica, e mais ainda um volume da obra intitulada *Conselhos de um médico homeopata, ou*

---

<sup>148</sup> Ver Vera Marques, “Fazendo a ciência e a medicina chegar ao povo: conselhos e manuais domésticos no Setecentos”. Trabalho apresentado no *VI Congresso Iberoamericano de historia de la educación Latinoamericana*, São Luis de Potosí, 20/05/2003.

*método para qualquer tratar-se a si mesmo homeopaticamente*, corrigidos, ampliados e acomodados ao clima do Brasil, seguidos de observações práticas de doentes tratados homeopaticamente nesta corte, pelos Drs. B. José Martins e M. Duarte Moreira”.<sup>149</sup>

Outra atitude dos homeopatas, em geral, em relação à sociedade era a oferta de tratamento gratuito à pobreza. Decerto, não eram os únicos. Muitos alopatas também se prontificaram a isso, sobretudo em época de epidemia. No caso dos primeiros, contudo, esse comportamento era tão freqüente que podemos considerá-lo uma característica dos terapeutas que adotavam o sistema hahnemaniano. Anúncios de homeopatas com a observação de que atendiam aos pobres gratuitamente e, muitas vezes, ainda forneciam os remédios, se fosse necessário, eram extremamente comuns. Aliás, os que se formavam pela Escola Homeopática faziam um juramento neste sentido.<sup>150</sup>

Apesar de poucos, os estudos sobre a homeopatia no Brasil durante o século XIX têm demonstrado a estreita relação entre esse sistema terapêutico e as camadas subalternas. Não se pode deixar de associar isso aos ideais socialistas embasados no fourierismo que moveram um dos maiores propagadores da obra de Hahnemann nessas terras: Benoît Mure. Este médico chegou ao país com a intenção de colocar em funcionamento a sociedade ideal, fundando uma colônia onde a homeopatia seria a medicina oficial visando a regeneração da humanidade.<sup>151</sup> No Rio de Janeiro, apesar de ter se dedicado mais à própria

---

<sup>149</sup> Anúncio do laboratório homeopático de José Maria de Souza de 19/07/1855, *Diário do Rio de Janeiro*.

<sup>150</sup> Ver Gláucia Silveira, *Utopia e cura: a homeopatia no Brasil Imperial (1840-1854)*, dissertação de mestrado, UNICAMP, 1997.

<sup>151</sup> Ver Gláucia Silveira, *obra citada*, 1997 e Madel Luz, *A arte de curar versus a ciência das doenças – história social da homeopatia no Brasil*, São Paulo, Dynamis Editorial, 1996.

homeopatia, manteve em sua prática o ideal de sociedade de homens livres que vivessem em harmonia.

Isso, porém, não explica o motivo pelo qual a população escolhia, muitas vezes, a homeopatia. O fato de os pobres conseguirem o tratamento de graça pode ter ajudado a torná-la mais popular e a cultivar certa fidelidade à terapêutica, mas não elucidada por completo. Durante as epidemias de febre amarela e de cólera, os socorros públicos oferecidos gratuitamente pelo governo e pela Santa Casa eram da medicina alopática (com exceção de uma única enfermaria homeopática aberta pela Misericórdia em 1855). Além do atendimento, recebiam os remédios e até algum dinheiro, diante do atestado de pobreza. Mesmo assim, muitos preferiram o tratamento homeopático.

Deixando de lado a maior eficiência de um ou de outro sistema frente às epidemias, a homeopatia se aproximava mais das concepções de doença e de cura populares, incluindo as africanas, ao considerar elementos não físicos em sua anamnese, diagnóstico e terapêutica.<sup>152</sup> De fato, o mapa estatístico do consultório dos drs. Benoît Mure e João Vicente Martins, entre os anos de 1843 e 1856, mostra que foram atendidos mais de 1000 escravos por ano, totalizando 14422 ao longo do período. E entre os 67402 livres, certamente havia muitos forros e livres pobres que escolheram se tratar com a homeopatia por se sentirem mais confortáveis com esse sistema.<sup>153</sup>

A estes números somamos a informação de que as camadas subalternas – escravos, forros, livres pobres – constituíam a maior parte dos coléricos. No Rio de Janeiro, do

---

<sup>152</sup> Relação apontada por Ângela Pôrto, “A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático”, *Papéis Avulsos*, 1988. Ver também o relatório do movimento da clínica, assinada pelo diretor, dr. Calaza, em 03/11/1855. *JC*.

<sup>153</sup> O mapa estatístico está em Ângela Pôrto, “A assistência médica aos escravos”, 1988.

começo da epidemia até abril de 1856, quando se registraram os últimos casos, morreram, pelo menos, 4843 pessoas, entre as quais 2513 escravos.<sup>154</sup> Considerando que os doentes das camadas desprivilegiadas preferiam, muitas vezes, a homeopatia e que estes eram os mais atingidos naquele momento, podemos entender que o período do flagelo do cólera foi de especial prestígio e popularidade desse sistema terapêutico.<sup>155</sup>

Ao longo do capítulo, vimos que no contexto da epidemia de febre amarela foi criada a Junta de Higiene Pública, que representou a institucionalização do poder médico sobre a esfera da saúde pública. Quando a epidemia de cólera eclodiu essa nova estrutura já existia pronta para agir: médicos listados, freguesias esquadrinhadas, socorros públicos organizados – enfim, tudo seguindo os preceitos da medicina acadêmica. Entretanto, ao mesmo tempo em que os médicos tinham mais poder e buscavam propagar a Higiene em todos os âmbitos sociais, enfrentavam muitas críticas não apenas em relação à sua autoridade como também a respeito de sua própria terapêutica.

Longe de inspirar consenso e de representar uma imagem do médico idealizado, as autoridades médicas se defrontavam com conflitos internos, discussões com os outros médicos, oposição da imprensa leiga e de parte dos políticos. Mais que isso: não conseguiam reprimir significativamente o exercício ilegal da medicina e a venda de

---

<sup>154</sup> Donald Cooper, “The new ‘black death’: cholera in Brazil”, *Social Science History*, v.10, n.4, 1986.

<sup>155</sup> Estudos sobre a divulgação da homeopatia na Alemanha e na França também associam a propagação dessa terapêutica à primeira grande epidemia de cólera naquelas regiões, no começo da década de 1830. Ver Renate Wittern, “Le développement de l’homeopathie en Allemagne au XIXe siècle” e Maurice Garden, “L’histoire de l’homeopathie en France – 1830-1940”; ambos em Olivier Faure (coord.), *Praticiens, patients et militants de l’homeopathie aux XIXe et XXe siècles (1800-1940)*, Lyon, Editions Boiron e Presses Universitaires de Lyon, 1992.

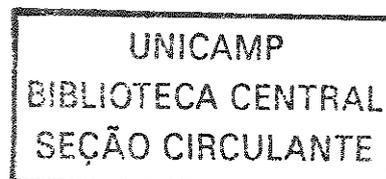
remédios sem licença. Em tempo de epidemia, dava-se o contrário, pois os anúncios relacionados a terapeutas, terapias e remédios não licenciados apareciam com mais força nos periódicos e as autoridades, por sua vez, priorizavam outros objetos em suas ações. Portanto, sobretudo a luta pelo monopólio do exercício terapêutico – fundamental no processo encaminhado pela elite médica de imposição de seus preceitos higiênicos por toda a sociedade – parece ter sofrido um revés nesse contexto.<sup>156</sup>

Nesse conflito, a homeopatia teve um papel importante, pois representava um contraponto à autoridade que a elite médica, detentora de cargos públicos, vinha tentando instaurar e reforçar. A prática homeopática ia de encontro à estratégia da medicina acadêmica e inspirava mais receio quando era exercida por médicos formados nas academias oficiais, portanto, de forma totalmente legal. No momento em que esta tinha a Academia Imperial de Medicina, as Faculdades e os hospitais – instituídos como espaços próprios e legítimos para se discutir, propagar e exercer a medicina – os médicos homeopatas ofereciam à sociedade uma forma de se tratar e manter a saúde, dispensando, muitas vezes, os médicos.

---

<sup>156</sup> Os estudos apontados anteriormente (p.199) não ignoram as dificuldades da medicina acadêmica em impor os seus preceitos. Apenas reforçam a idéia da epidemia de cólera como um momento importante de *avanço* no processo de medicalização da sociedade.

## EPÍLOGO



As mudanças na regulamentação das práticas terapêuticas observadas no período estudado significaram uma redefinição do que seriam práticas passíveis de serem legalizadas. Tais modificações caminhavam no sentido da monopolização do exercício das artes de curar por médicos acadêmicos e da conseqüente repressão dos que insistissem em burlar as novas regras.

No entanto, a partir da análise das três situações apresentadas, identificamos uma grande dificuldade por parte da elite médica em impor a sua autoridade. Para começar, confirmamos a heterogeneidade dos médicos acadêmicos – dissenso que ia desde a relação entre membros da própria Junta de Higiene até posições antagônicas entre alopatas e homeopatas.

Vimos também que muitos exerciam ilegalmente atividades relacionadas às artes de curar e tornavam isso público através de anúncios de jornais. Tal comportamento só era possível porque tinham noção da falta de condições para que a legislação a esse respeito fosse efetivada (a pouca atenção da Câmara Municipal ao assunto e as repetidas solicitações da Junta à polícia mostram isso). Há indicações de que, muitas vezes, a população em geral preferia terapeutas não oficializados, em detrimento dos acadêmicos. Além disso, representantes da própria elite, como políticos e parte da imprensa, questionavam a legitimidade dos médicos para impor as suas determinações sobre saúde privada e pública.

Ao focalizarmos a análise no ambiente mais restrito do hospital da Santa Casa, constatamos que aí também os médicos enfrentaram resistências e conflitos com diversos grupos de pessoas que trabalhavam naquele lugar. Nesse período, o número de pessoas

atendidas e o de empregados aumentou, assim como cresceu o espaço físico, o que foi acompanhado de modificações em sua organização – cargos e funções foram criados, hierarquizados e regulamentados. Além disso, houve uma redefinição de quem poderia ser aceito para receber os cuidados hospitalares. Apesar das dificuldades, constatamos que, no estabelecimento da Misericórdia, os médicos conseguiram um avanço maior na efetivação de seus preceitos do que no amplo espaço da sociedade. Num ambiente mais limitado, como o hospital, podia-se controlar melhor o cumprimento das regras que iam, paulatinamente, dando mais autoridade aos esculápios. Como mostrou a pesquisa, essa transformação foi acompanhada e afetada pela presença cada vez maior e mais constante dos professores e alunos da Faculdade de Medicina, indicando o papel fundamental que o hospital da Santa Casa teve no processo de formação da corporação médica. Considerando a importância que este tinha para a população – já que era aberto a qualquer grupo social –, podemos concluir que a ‘conquista’ desse espaço foi muito significativa para a disseminação dos preceitos da medicina acadêmica – inclusive o de monopolizar o exercício das artes de curar.

Voltando a nossa atenção para o contexto de eclosão das epidemias de febre amarela e de cólera, pudemos avaliar essas mudanças num momento em que os médicos acadêmicos conseguiam, junto ao governo, o reconhecimento de sua autoridade através da criação da Junta de Higiene Pública. A investigação mostrou, apesar disso, que o comportamento da sociedade durante esse período manteve-se longe daquele idealizado pela Junta. Esta, ao tentar controlar a expansão do flagelo, deixava evidente a falta de controle em relação à venda de medicamentos e à atuação de terapeutas não oficializados. A situação piorava para a elite médica com a popularidade adquirida, naqueles tempos, pela

homeopatia, que apregoava uma estratégia para se difundir pela sociedade completamente divergente da defendida pelos alopatas.

Desse modo, pretendemos ter abordado as mudanças no exercício das artes de curar, considerando não apenas os médicos acadêmicos, mas também, na medida em que as fontes permitiram, os demais terapeutas e as pessoas que recorriam aos socorros terapêuticos. Ao analisarmos essas questões no âmbito do hospital da Santa Casa e no contexto da epidemia de cólera, pudemos entender esse processo de forma mais abrangente.

## FONTES E BIBLIOGRAFIA

## PRINCIPAIS FONTES MANUSCRITAS CONSULTADAS

### *Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro*

#### Códices:

- 7-3-9 Fiscais, ofícios divididos por freguesias (1829-1879)
- 8-2-11 Higiene Pública: Atas
- 8-2-12 Junta de Higiene: Atas
- 8-2-13 Junta de Higiene: Atas
- 9-1-38 Infração de posturas e multas (1828-1839)
- 9-1-39 Documentos referentes à infração de posturas (1830-1831)
- 9-1-40 Infração de posturas, Candelária (1830-1849)
- 9-2-1 Infração de posturas (1842)
- 10-3-10 Multas por infração de posturas (1830-1835)
- 16-4-30 Ofícios ao executivo e legislativo (1832-1837)
- 36-1-33 Ofícios diversos à câmara municipal
- 36-1-34 Ofícios a diversas autoridades (1831-1836)
- 40-2-46 Boticas e boticários, requerimentos e papéis
- 40-2-47 Boticas e boticários, requerimentos e papéis diversos sobre o exercício da profissão
- 40-2-49 Boticas e Casas Comestíveis (1841)
- 46-2-38 Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura mor e outros (1826-1837)
- 46-2-39 Médicos, cirurgiões, farmacêuticos, sangradores, dentistas – registro de diplomas – licenças para venda de medicamentos (1830-1839)
- 46-2-40 Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias da Candelária, Santa Rita, Sacramento, São José, Lagoa, Irajá, Jacarepaguá, Guaratiba, Santa Cruz e Ilha de Paqueta (1841)
- 46-2-41 Médicos, cirurgiões, boticários e sangradores no 1º distrito da freguesia de Santa Anna (1841)
- 46-2-42 Médicos, farmacêuticos, dentistas, sangradores, cirurgião, parteira
- 46-2-43 Médicos, cirurgiões, sangradores, boticários e parteiras que registraram seus diplomas na secretaria da câmara municipal (relação de 1842)
- 47-1-47 Parteiras – vários papéis separados por ordem cronológica, (1820-1878)
- 47-1-48 Parteiras, requerimentos pedindo licença para o exercício da profissão de parteira, (1831)
- 47-1-49 Parteiras, requerimento do Dr. Florêncio Estanislau Le Masson, sobre o hospital que fundou para mulheres de parto e ensino de parteiras, (1833)
- 49-3-8 Registros de Posturas feitas pela Câmara Municipal
- 49-3-14 Registro de diplomas de médicos, boticários e parteiras (1840-1851)
- 50-1-4 Sangradores – requerimentos da SMRJ sobre barbeiros
- 50-1-5 Sangradores e dentistas
- 50-1-6 Sangradores
- 50-4-26 Vício de Embriaguez, (1830)

*Arquivo Nacional*

IS 4 1 – Ministério do Reino e Império – Provedoria da Saúde (ofícios e documentos diversos), 1809-1917.

IS 4 22 – Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), 1851-1853

Código 314 – Regimento que devem observar os Comissários delegados do Físico-mor do Reyno no Estado do Brazil, 1744.

*Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*

Atas

Atas das Conferências (1838-1845/1848-1853/1854-1874)

Portarias – Atos do Provedor (1824-1854/1855-1868)

Registro dos Ofícios (1854-1856)

Ordens do Provedor (1830-1834)

Receita e despesa (1829-1855/1870-1871)

Matrícula dos empregados (1830-1847)

Ofícios do Ministério do Império (1808-1839)

Ofícios da S.C.M. (1850-1857)

Novo Hospital da Santa Casa (1840)

Regulamentos e Instruções (1852-1860)

Caixas 10C e 743A.

FONTES IMPRESSAS CITADAS

AMERICANO, Domingos M. de A.. *Memória sobre o estado actual das instituições médicas de França, Prússia e Gram Bretanha*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1845.

AZEREDO, Francisco Antonio de. *Algumas considerações geraes acerca da importância e hygiene dos hospitaes civis*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. *Medidas de salubridade reclamadas pela cidade do Rio de Janeiro. E acerca da febre amarela em particular*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1854.

\_\_\_\_\_. *Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cólera-morbus*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1855.

CHERNOVIZ, Pedro L. N.. *Formulário e guia médico*. Paris: Livraria de R. Roger e F. Chernoviz, 1908 (18ª edição).

\_\_\_\_\_. *Dicionário de medicina popular*. Paris, 1890 (6ª edição).

COSTA, Francisco de Paula. *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*. Tese de doutorado, FMRJ, 1841.

LEITE, Tobias Rabello. *Breves considerações acerca da policia sanitária*. Tese de doutorado, FMRJ, 1849.

WALSH, Robert. *Notícias do Brasil (1828-1829)*. Belo Horizonte/São Paulo: Editora Itatiaia/Edusp, 1985.

*Coleção de Leis do Brasil*

Alvará 22/10/1810.

Lei de 09/09/1826.

Decreto de 15/01/1830.

Império – 24 de abril de 1830.

Lei de 16/12/1830, “Código Criminal do Império do Brasil”.

Império – 13 de agosto de 1831.

Lei de 03/10/1832.

Decreto 08/05/1835.

Decreto de 29 de julho de 1835.

Decreto de 03/03/1836.

Decreto de 4 de julho de 1836.

N.127 – 6 de março de 1837.

Decreto n.71 de 30/09/1837.

Decreto de 15/07/1848.

Decreto 598 de 14 /09/1850.

Decreto 828 de 29/09/1851.

Decreto n. 1387 de 28/04/1854.

*Anais parlamentares:*

*Anais do Parlamento Brasileiro*. Câmara dos Deputados, 1826-1828.

*Anais do Senado do Império do Brasil*. Sessões de fevereiro a abril de 1850.

*Periódicos (todos publicados no Rio de Janeiro):*

Archivo Médico Brasileiro, 1844-48.

A Constituição, 1855.

Diário de Saúde, 1835.

Diário do Rio de Janeiro, 1828-31, 1855.

Jornal do Commercio, 1827-29, 1831-37, 1840, 1842, 1849, 1850, 1853-55.

Revista Médica Brasileira, Jornal da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

Semanário de Saúde Pública, pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, 1831-1833.

A Sentinela do Throno, 1849.

A Sineta da Misericórdia, 1849.

## BIBLIOGRAFIA CITADA

ABREU, Laurinda. *Memórias da alma e do corpo – a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage Editores, 1999.

ACKERKNECHT, Erwin H. *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1967.

ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de S. (orgs.). *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam C. (orgs.), *Antropologia da saúde – traçando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

ARAÚJO, Achilles de. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: MEC, 1982.

BALDWIN, Peter. *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

BARRADAS, Joaquim. *A arte de sangrar de cirurgiões e barbeiros*. Lisboa: Livros Horizonte, 1999.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *Nascer na Bahia do século XIX. Salvador (1832-1889)*. Dissertação de mestrado, UFBA, Salvador, 2000.

BARRY, Jonathan e JONES, Colin (eds.). *Medicine and charity before the welfare state*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1991.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 1999.

BENCHIMOL, Jaime. *Dos micróbios aos mosquitos – febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/UFRJ, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. “Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade”. *Manguinhos*, v.III (1), 1996.

BERTUCCI, Liane Maria. *Impressões sobre a saúde - a questão da saúde na imprensa operária, São Paulo - 1891/1925*. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 1992.

\_\_\_\_\_. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2002.

BOXER, Charles. *O império marítimo português 1415-1825*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CASELL, Ronald. *Medical charities, medical politic – the Irish dispensary system and the poor law, 1836-1872*. Rochester: The Boydell Press, 1997.

\_\_\_\_\_. “The foundation and evolution of the Middlesex hospital’s lying-in service, 1745-86”. *Social History of Medicine*, 14 (1), 2001.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALHOUB, Sidney et al (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. No prelo.

COELHO, Edmundo. *As profissões imperiais – medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Rio de Janeiro: Record, 1999

COOPER, Donald. “The new ‘black death’: cholera in Brazil”. *Social Science History*, v.10, n.4, 1986.

COOTER, Roger. “Anticontagionism and history’s medical record”. In WRIGHT, P. e TREACHER, A. (eds.). *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982.

COSTA, João Cruz. “As idéias novas”. In *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel, 1982, t.II, v.1.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CRESPO, Jorge. *A história do corpo*. Lisboa: Difel, 1990.

CUETO, Marcos. *El regreso de las epidemias – salud y sociedad em el Peru del siglo XX*. Lima: IEP, 1997.

DANÓN, José. “Protomédicos y Protomedicato en Cataluña”. *Dynamis*, 16, 1996.

DARNTON, Robert. *O lado oculto da Revolução – Mesmer e o final do Iluminismo na França*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia e Sarah Letras, 1996.

DEAN, Warren. *A ferro e fogo – a história e a devastação da Mata Atlântica brasileira*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

DÍEZ, María Soledad C.. "El protomedicato en la administración central de la monarquía Hispánica". *Dynamis*, 16, 1996.

DIGBY, Anne. *Making a medical living – doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *Cólera: representações de uma angústia coletiva - a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 1997.

DOCTOR, Asunción Fernández. "El control de las profesiones sanitarias en Aragón: el Protomedicato y los Colegios". *Dynamis*, 16, 1996.

DUARTE, Luiz Fernando D. e LEAL, Ondina F. (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

EDLER, Flávio. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de doutorado, UERJ, Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. "A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico". *Asclépio*, v.L, 2, 1998.

\_\_\_\_\_. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. Dissertação de mestrado, USP, São Paulo, 1992.

ELLIS, Jack. *The physician-legislators of France – medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

ENGEL, Magali Gouveia. *O louco e a loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências, 1830-1930*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 1995.

EVANS, Richard. "Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe". *Past & Present*, 1988

FAZENDA, José Vieira. *Os provedores da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1960.

FEE, Elisabeth. "The social history of the hospital: from charity care to the management of medicine: a review essay". *Radical History Review*, 1984.

FERNANDES, Tania. *Vacina Antivariólica – ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado, USP, São Paulo, 1996.

FERREIRA, Felix. *A Santa Casa da Misericórdia Fluminense*. Rio de Janeiro, 1894-98.

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.

FISSEL, Mary. “The disappearance of the patient’s narrative and the invention of hospital medicine”. In FRENCH, Roger e WEAR, Andrew (orgs.). *British medicine in an age of reform*. Nova Iorque e Londres: Routledge, 1991.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANGOS, John. *From housing the poor to healing the sick – the changing institution of Paris hospitals under the Old Regime and Revolution*. Cranbury/Londres/Mississauga: Associated University Presses, 1997.

GANDELMAN, Luciana. *Entre a cura das almas e o remédio das vidas: o recolhimento das órfãs da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres (ca. 1739-1830)*. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 2001.

GARDEN, Maurice. “L’histoire de l’homeopathie en France – 1830-1940”. In FAURE, Olivier (coord.). *Praticiens, patients et militants de l’homeopathie aux XIXe et XXe siècles (1800-1940)*. Lyon: Editions Boiron e Presses Universitaires de Lyon, 1992.

GELIS, Jacques. “Sages-femmes et accoucheurs: l’obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles”. *Annales – économies, sociétés, civilisations*, sep.-oct., 1977.

GENTILCORE, David. “‘All that pertains to medicine’: protomedici and protomedicati in early modern Italy”. *Medical History*, n.38, 1994.

GRANSHAW, Lindsay. “The rise of the modern hospital in Britain”. In WEAR, Andrew (ed.) *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

GREENBAUM, Louis. “Thomas Jefferson’s University of Virginia and the Paris hospitals on the eve of the French revolution”. *Medical History*, 36, 1992.

HAMBLY, Wilfrid. *The Ovimbundu of Angola*. Chicago: Field Museum of Natural History, 1934.

HESPANHA, Antonio Manuel. *Às vésperas do Leviathan*. Coimbra: Almedina, 1994.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. “A herança colonial – sua desagregação”, *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel, 1982, t.II, v.1.

JAVARI, Barão de. *Organizações e programas ministeriais – Regime parlamentar do Império*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1962.

JESUS, Nauk Maria de. *Saúde e doença: práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808)*. Dissertação de mestrado, UFMT, Cuiabá, 2001.

JONES, Colin. *The charitable imperative: hospitals and nursing in Ancien Regime and Revolutionary France*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1989.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KURY, Lorelai. *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de mestrado, UFF, Niterói, 1990.

LAMAN, Karl. *The Kongo II*. Uppsala: Almqvist & Wiksells, 1957.

LANNING, John Tate. *The Royal Protomedicato – the regulation of the medical professions in the Spanish Empire*. Durham: Duke University Press, 1985.

LEBRUN, François. “Os cirurgiões-barbeiros”. In LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s/d.

LEGIBRE, Arlette. “Sangrar e purgar!”. In LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s/d.

LÉONARD, Jacques. *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*. Paris: Sciences en situation, 1992.

\_\_\_\_\_. *La médecine entre les pouvoirs et les saviors*. Montaigne: Aubier, 1981.

LIMA, Tania Andrade. “Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX”. *Manguinhos*, v.II (3), 1995/1996.

LUZ, Madel Terezinha. *A arte de curar versus a ciência das doenças – história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

\_\_\_\_\_. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Roberto et al.. *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARLAND, Hilary. *Midwives, society and childbirth – debates and controversies in the modern period*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1997.

\_\_\_\_\_. *The art of midwifery – early modern midwives in Europe*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1993.

MARQUES, Vera R. Beltrão. “Fazendo a ciência e a medicina chegar ao povo: conselhos e manuais domésticos no Setecentos”. Trabalho apresentado no *VI Congresso Iberoamericano de historia de la educación Latinoamericana*, São Luis de Potosí, maio de 2003.

\_\_\_\_\_. *Natureza em boiões – medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2000.

MATTOS, Ilmar R. de. *O tempo saquarema – a formação do Estado Imperial*. Rio de Janeiro: Access, 1994.

MCGREGOR, Deborah. *From midwives to medicine – the birth of American gynecology*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998.

MELO, Mariana de. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1822)*. Dissertação de mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1997.

MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MURIEL, Josefina. *Hospitales de la Nueva España*. México: Universidad Nacional Autónoma de Mexico, Cruz Roja Mexicana, tomo 2, 1991.

NEVES, Guilherme das. *E receberá mercê – a Mesa de Consciência e Ordens e o clero secular no Brasil (1808-1828)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

PÁDUA, José Augusto. *Um sopro de destruição – pensamento político e crítica ambiental no Brasil escravista (1786-1888)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

PELLING, Margaret. *Cholera, fever and English medicine (1825-1865)*. Oxford: Oxford University Press, 1978.

PEREIRA NETO, André. *Ser médico no Brasil – o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PERDIGUERO, Enrique. “Protomedicato y curanderismo”. *Dynamis*, 16, 1996.

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, UNICAMP, Campinas, 1997.

PORTER, Roy. “A linguagem do charlatanismo na Inglaterra, 1660-1800”. In BURKE, Peter e PORTER, Roy (org.). *História social da linguagem*. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

\_\_\_\_\_. “‘Expressando sua enfermidade’: a linguagem da doença na Inglaterra georgiana”. In BURKE, Peter e PORTER, Roy (orgs.). *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

\_\_\_\_\_. “The patient in England, c.1660-c.1880”. In WEAR, Andrew. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

\_\_\_\_\_. “The patient’s view – doing medical history from below”. *Theory and Society*, 14, 1985.

PÔRTO, Ângela. “A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático”. *Papéis avulsos*, n.º.7, Fundação Casa de Rui Barbosa, 1988.

PRIOR, Lindsay. “The local space of medical discourse – disease, illness and hospital architecture”. In LACHMUND, Jens e STOLLBERG, Gunnar (eds.). *The social construction of illness*. Stuttgart: Steiner, 1992.

QUIROGA, Virginia. *Poor mothers and babies – a social history of childbirth and child care hospitals in Nineteenth-Century New York City*. Nova Iorque e Londres: Garland Publishing, 1989.

RAMSEY, Matthew. “Academic medicine and medical industrialism: the regulation of secret remedies in nineteenth-century France”. In LA BERGE, Ann e FEINGOLD, Mordechai (ed.). *French medical culture in the nineteenth century*. Atlanta: Rodopi, 1994.

\_\_\_\_\_. *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

\_\_\_\_\_. “Property rights and the right to health: the regulation of secret remedies in France, 1789-1815”. In BYNUM, W. F. e PORTER, Roy (ed.). *Medical fringe & medical orthodoxy, 1750-1850*. Londres: Croom Helm, 1987.

\_\_\_\_\_. “Traditional medicine and medical Enlightenment: the regulation of secret remedies in the Ancien Régime”. In GOUBERT, Jean-Pierre (ed.). *La Médicalisation de la société française, 1770-1830*. Ontario: Historical Reflections Press, 1982.

REIS, João José. *A morte é uma festa – ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RIBEIRO, Márcia. *A ciência dos trópicos - a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

RISSE, Guenter e WARNER, John. "Reconstructing clinical activities: patient records in medical history". *Social History of Medicine*, 1992.

RUSSELL-WOOD, A. J. R.. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800*. Lisboa: Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, 1997.

SABATER, Pilar Gardeta. "El Nuevo modelo del Real Tribunal del Protomedicato en la América española: transformaciones sufridas ante las Leyes de Índias y el cuerpo legislativo posterior". *Dynamis*, 16, 1996.

SÁENZ, Luz M. H.. *Learning to heal – the medical profession in Colonial Mexico 1767-1831*. Nova Iorque: Peter Lang, 1997.

SAMPAIO, Gabriela. *Nas trincheiras da cura - as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 1995.

\_\_\_\_\_. *A história do feiticeiro Juca Rosa: cultura e relações sociais no Rio de Janeiro imperial*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2000.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

SANTOS NETO, Amâncio dos. *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cholera (1855-1856)*. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 2001.

SCHLUMBOHM, Jürgen. "'The pregnant women are here for the Sake of the Teaching Institution': the lying-in hospital of Göttingen University, 1751 to c.1830". *Social History of Medicine*, v.14 (1), 2001.

SCHWARTZ, Stuart. *Burocracia e sociedade no Brasil colonial: a suprema corte da Bahia e seus juizes (1609-1751)*. São Paulo: Perspectiva, 1979.

SILVA, Maria Beatriz N. da. *Vida privada e quotidiana no Brasil na época de D. Maria e D. João VI*. Lisboa: Estampa, 1993.

SILVEIRA, Gláucia. *Utopia e cura: a homeopatia no Brasil Imperial (1840-1854)*. Dissertação de mestrado, UNICAMP, Campinas, 1997.

SLENES, Robert. "The great porpoise-skull strike: Central African water spirits and slave identity in early nineteenth-century Rio de Janeiro". In HEYWOOD, Linda (org.). *Central Africans and cultural transformations in the American diaspora*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001

\_\_\_\_\_. “Malungu, ngoma vem: África coberta e descoberta no Brasil”. *Revista USP*, nº. 12, 1991-92.

SOARES, Ubaldo. *A escravatura na Misericórdia – subsídios*, Rio de Janeiro, 1958.

\_\_\_\_\_. *Um século no roteiro da caridade – o hospital da Misericórdia (1852-1952), subsídios históricos*. Rio de Janeiro, 1952.

SOARES, Márcio de Sousa. *A doença e a cura – saberes médicos e cultura popular na corte imperial*. Dissertação de mestrado, UFF, Niterói, 1999.

SOUZA, Antonio Candido de Mello e. “Letras e idéias no Brasil colonial”. *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel, 1985, t.I, v.2.

SOUZA, Maria Lúcia de Melo. *Parto, parteiras e parturientes – Mme Durocher e sua época*. Tese de doutorado, USP, São Paulo, 1998.

STOLBERG, Michael, “Cholera in the Grand Duchy of Tuscany”. *Bulletin of the History of Medicine*, 1994.

THOMPSON, Robert. *Flash of the spirit*. Nova Iorque: First Vintage, 1984.

VALLGARDA, Signild. “Hospitalization of deliveries: the changes of place of birth in Denmark and Sweden from the late Nineteenth Century to 1970”. *Medical History*, 40, 1996.

WALKER, Timothy. *The role and practices of the curandeiro and saludadore in early modern Portuguese society*. Trabalho apresentado no seminário “Saberes médicos e práticas terapêuticas: Brasil e Portugal”, Petrópolis, setembro de 2002.

WEAR, Andrew. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar – medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. Santa Maria/Bauru: UFSM/EDUSC, 1999.

WEISZ, George. “The development of medical specialization in nineteenth-century Paris”. In LA BERGE, Ann e FEINGOLD, Mordechai. *French medical culture in the nineteenth century*. Atlanta: Rodopi, 1994.

\_\_\_\_\_. “Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries”. *Social History of Medicine*, 1994.

WILSON, Lindsay. *Women and medicine in the French Enlightenment – the debate over ‘maladies des femmes’*. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press, 1993.

WITTERN, Renate. "Le developpement de l'homeopathie em Allemagne au XIXe siecle". In FAURE, Olivier (coord.). *Praticiens, patients et militants de l'homeopathie aux XIXe et XXe siecles (1800-1940)*. Lyon: Editions Boiron e Presses Universitaires de Lyon, 1992.

ZOLLA, Carlos e CARRILLO, Ana Maria. "Mujeres, saberes médicos e institucionalización". In FIGUEROA, Juan Guillermo (org.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México, 1998.