

O Estado da Misericórdia (Rio de Janeiro, século XIX)

TÂNIA SALGADO PIMENTA¹

1 - À espera do cólera

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 em periódicos médicos especializados. Em fevereiro de 1831, a epidemia estava com “todos os seus furores” em várias províncias da Rússia; em agosto, havia atingido a Polônia e Hamburgo; e, no ano seguinte, Paris². Atendendo a um pedido da Câmara dos Deputados, os médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro³ apresentaram alguns “conselhos às Autoridades no caso de ameaça ou invasão do Cólera-Morbus”. Como havia fatos a favor daqueles que defendiam que a doença era contagiosa e fatos a favor dos que acreditavam na disseminação por miasmas, 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. 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 Norte⁴. No entanto, o tempo foi passando e o cólera não chegou.

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 Central de Higiene Pública⁵, havia pelo menos uma nota sobre o avanço da moléstia. Em meados de outubro, o ministro do Império

¹ Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; Doutora em História.

² 05/02 e 27/08 de 1831 e 14/07/1832, *Semanário de Saúde Pública* (daqui em diante SSP).

³ Principal associação de médicos no período, fundada em 1829, renomeada Academia Imperial de Medicina em 1835.

⁴ 21/07, 18/08 e 15/09/1832, SSP.

⁵ Órgão criado em 1850 no contexto da epidemia de febre amarela, passou a centralizar a normatização acerca da saúde pública. Ver os estudos de, por exemplo, Benchimol, Jaime, *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora UFRJ; Pimenta, Tania, “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855”. *Uma história brasileira das doenças*. Nascimento, Dilene; e Carvalho, Diana (Orgs.). Brasília: Paralelo 15, 2003.

pedia à Junta que indicasse com brevidade as medidas para “prevenir-se o ingresso daquele flagelo”. O dr. Pereira Rego, membro da Junta, foi encarregado de apresentar tais medidas preventivas, assim como os meios de que seria “preciso lançar-se mão” quando o flagelo aparecesse. Desde a 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 improfícuos. 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 contagioso e tomar as providências necessárias, “sobretudo quando fatos se dão tão fortes pró e contra as duas opiniões”⁶.

Explicadas detalhadamente, as medidas propostas eram divididas em preventivas e “adotáveis”, para o caso de a epidemia atingir o país. Entre as primeiras, as quarentenas constituíam o ponto mais controvertido. A Junta de Higiene, 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. Atentava-se, então, para as discussões no exterior, que forneciam subsídios para grandes debates no Brasil sobre a contagiosidade ou não da doença, e para as tentativas de barrar o seu avanço e as recomendações para o tratamento⁷.

Durante os doze meses seguintes, os movimentos do cólera eram acompanhados atentamente pela Junta Central de Higiene Pública e pela Comissão Sanitária do Porto do Rio de Janeiro. 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

⁶ Ofícios de 13/10/1852 e 08/11/1852, maço IS 4 22, Ministério do Império – Junta Central de Higiene Pública (ofícios e documentos diversos), Arquivo Nacional (daqui em diante AN).

⁷ Kiple, Kenneth. Cholera and Race in the Caribbean. *Journal of Latin American Studies*, v.17, part 1, 1985; Briggs, Asa. Cholera and society in the nineteenth century. *Past & Present*, n.19, 1961; Arnold, David. Cholera and Colonialism in British India. *Past & Present*, n.113, 1986; Evans, Richard. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. *Past & Present*, n.120, 1988, p.123-146.

à quarentena⁸. As autoridades médicas elaboraram para o governo uma série de recomendações durante a década de 1850 e, finalmente, em meados de 1855, tiveram que colocá-las em prática.

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 1849-1850, acabou influenciando as reações diante do avanço do flagelo em 1855.

As primeiras discussões e identificações de casos se deram em caráter reservado entre autoridades governamentais, administração do hospital da Santa Casa⁹ e autoridades médicas com o intuito de tentar adiar problemas que seriam causados com o anúncio da epidemia como o desabastecimento de gêneros e o pânico entre a população. Depois de atingir Belém, no norte do Brasil, através de um navio vindo de Portugal, a epidemia se disseminou por centros urbanos como também via embarcações¹⁰.

No final da tarde do dia 12 de julho de 1855, 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, que acabou morrendo¹¹. Soube-se que era um “crioulo” que havia tido contato com as roupas de cama de um homem pardo vindo do Ceará também internado na Santa Casa, mas que sobreviveu. A partir daí os casos foram se desdobrando. Um ofício do ministro encaminhado ao provedor da Santa Casa, participando-

⁸ A Comissão foi criada, por um decreto, em 3 de janeiro de 1853 e começou a funcionar em 4 de março do mesmo ano. Sobre quarentena, veja correspondências de 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, Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (daqui em diante *AGCRJ*).

⁹ Era o principal hospital da cidade, administrado pela irmandade da Misericórdia.

¹⁰ Beltrão, Jane. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém, Editora UFPA, 2004, cap.2; David, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia e Sarah Letras, 1996.1996; Diniz, Ariosvaldo. *As artes de curar nos tempos do cólera*, Recife, 1856. Chalhoub, Sidney et al. (Orgs.) *Artes e ofícios de curar no Brasil*, Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

¹¹ 13/07/1855, Registro de ofícios (1854-1856) [recebidos pelo administrador], Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (daqui em diante *ASCMRJ*).

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”¹².

O objetivo deste artigo é analisar o modo como a assistência à população do Rio de Janeiro estava organizada em meados do século XIX. Para tanto, torna-se relevante considerarmos que a assistência à saúde e o exercício da medicina estava passando por transformações significativas nesse período. O próprio espaço onde se dava a assistência hospitalar estava se modificando.

Ao focar a atenção nas primeiras grandes epidemias dos Oitocentos na capital do Império brasileiro pretende-se compreender melhor as opções da população, médicos e Estado quanto à assistência à saúde nesse momento crítico. Assim, interessa também atentar para as relações entre os grupos envolvidos em relação à assistência à saúde, como autoridades governamentais e médicas, população atingida, médicos e a direção da Santa Casa da Misericórdia, responsável pelo hospital mais importante da cidade.

Para esta análise utilizamos como fontes correspondências entre o governo e a Santa Casa da Misericórdia, relatórios anuais desta, ofícios da Junta Central de Higiene Pública e jornais médicos e de ampla circulação produzidas nas décadas de 1840 e 1850.

2 - O hospital da Santa Casa e a assistência à saúde no Rio de Janeiro dos Oitocentos

No Brasil, ao longo dos Oitocentos, a maior parte da população procurava tratar de suas moléstias no âmbito doméstico, muitas vezes recorrendo a terapeutas não reconhecidos oficialmente. Em cidades maiores, os doentes que pudessem arcar com os gastos de uma

¹² 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).

internação poderiam recorrer a tratamentos em casas de saúde. Ainda havia pequenos hospitais de Irmandades voltados prioritariamente para o atendimento de seus membros.

O hospital da Irmandade da Misericórdia destacava-se por ser aberto a pessoas de qualquer grupo social, condição jurídica (escravo, forro ou livre), idade e cor. A importância do hospital residia também na proximidade com a Faculdade de Medicina. A presença de professores e de alunos ajudou a modificar o cotidiano do hospital, ao mesmo tempo em que modificou a formação médica, pois tinham acesso a vários tipos de enfermidade, à botica, mesmo algumas aulas teóricas foram ministradas lá por determinado período.

Boa parte da receita da Santa Casa era constituída por legados e doações de cristãos, que além de exercerem a caridade e cuidarem da salvação de suas almas, adquiriam prestígio social no caso de pertencerem à Irmandade¹³. Entre os doadores, havia pessoas ligadas de alguma forma ao governo, inclusive o próprio imperador e ministros, o que proporcionava um constante diálogo com a administração da Santa Casa. Essa proximidade entre a administração do hospital e o governo, era reforçada em parte por subvenções concedidas à Misericórdia através de direitos sobre loterias e do pagamento pela assistência a grupos específicos como africanos novos, marinheiros e doentes atingidos por epidemias, sendo cobrado pela Santa Casa em diversas situações.

Em contrapartida, o Estado interferia diretamente no cotidiano da Misericórdia, o que gerava conflitos, ao designá-la para ser local de aulas práticas e teóricas da Academia Médico-Cirúrgica (1813-1832)/Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (após 1832), ao sugerir que determinados médicos fossem empregados no hospital e ao definir os castigos que

¹³ O tema da caridade e da própria Santa Casa da Misericórdia tem sido abordado pela historiografia em diversos contextos como 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; Abreu, Laurinda. Memórias da alma e do corpo – a Misericórdia de Setúbal na Modernidade. Viseu: Palimage Editores, 1999; 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; Russel-Wood, A. J. R.. Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981. Contudo, existe uma lacuna em relação a estudos sobre os hospitais das Misericórdias no Brasil.

poderiam ser aplicados a seus empregados. Sobretudo, essa interferência ocorria através de certo direcionamento quanto à assistência que deveria ser oferecida à população.

A relação entre o Estado e o hospital da Misericórdia, contudo, se modificava ao longo do tempo, dependendo dos grupos que detinham o poder em cada espaço, da presença dos médicos acadêmicos em suas enfermarias e de ameaças mais concretas de epidemias. Após a independência política do Brasil em relação a Portugal (1822), a ligação entre a Santa Casa e a Coroa evidenciava-se com a eleição de alguns provedores.

Durante o período imperial (1822-1889), existiram 28 provedores; todos eram pessoas de posse, alguns tinham título de nobreza¹⁴. A provedoria de José Clemente Pereira (1838-1854) diferencia-se das anteriores por sua duração e por sua circulação entre os espaços da Santa Casa e do governo, uma vez que Pereira também foi deputado e senador, ocupando as pastas do Império, Guerra, Justiça e Fazenda, além de ter sido Conselheiro do Estado¹⁵. Parece ter inaugurado um novo perfil de provedor, pois muitos dos que o sucederam também exerceram tais cargos¹⁶. É interessante notar que no Rio de Janeiro, capital do Império brasileiro, a esfera de poder na qual circulavam membros da irmandade e provedores era bem mais próxima à Coroa do que no caso de Misericórdias de outras cidades. Durante a provedoria de Clemente Pereira prevaleceu um bom entendimento entre a Santa Casa e a Coroa. Essa íntima relação com o governo parece ter beneficiado a Misericórdia, que durante

¹⁴ Três provedores estiveram no cargo em períodos diferentes, somando 31 provedorias se contarmos os exercícios consecutivos como uma administração.

¹⁵ A maior parte dos 16 provedores que assumiram antes de 1838, o fizeram pelo mandato de um ano. Poucos (três) foram reconduzidos por mais um ou dois mandatos, assim como um número reduzido ocupou cargos políticos (cinco) no executivo (1 ministro) ou no legislativo (como vereadores, deputados ou senadores). Entre as 15 provedorias que existiram entre 1838 e 1889, seis foram exercidas por menos de um ano para completar o período, como mandatos tampões, em geral, em decorrência do falecimento do provedor anterior. Mesmo estes escolhidos para ficarem poucos meses no cargo também eram senadores, deputados, ministros e/ou diretores do Banco do Brasil.

¹⁶ Por exemplo, os provedores Miguel Calmon du Pin Almeida, Marques de Abrantes (1857-1865); Zacarias de Góes e Vasconcellos (1866-1877); José Ildefonso de Souza Ramos, Visconde de Jaguari (1879-1883); João Mauricio Wanderley, Barão de Cotegipe (1883-1889); e Honório Hermeto Carneiro Leão, Marques de Paraná (1855-1857).

a sua administração conseguiu manter em equilíbrio as suas contas, deu início e fim à construção de seu novo hospital e consolidou uma nova ordem em seu cotidiano¹⁷.

O novo hospital deveria ser concebido de acordo com os conhecimentos médicos da época. Assim, a Academia Imperial de Medicina foi requisitada para traçar as “bases higiênicas para a construção de um hospital”. Entre as orientações gerais, aconselhava-se que deveria ter forma quadrada, com um dos 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 emanções 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 tivesse 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 outro¹⁸. 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

¹⁷ Ver Abreu, Laurinda, Igreja, caridade e assistência na Península Ibérica (sécs.XVI-XVIII): estratégias de intervenção social num mundo em transformação. (ed.) Lisboa, Edições Colibri/CIDEHUS/UE, 2004.

¹⁸ ‘Novo Hospital da Santa Casa – 1840’, ASCMRJ.

produzidos por alguns em estados piores¹⁹. No primeiro andar, foram abertas oito de clínica interna e, no segundo, seis de clínica externa.

As duas enfermarias existentes no início do século XIX se desdobraram, dessa forma, em quatorze mais dezesseis quartos de um leito e dezesseis, de dois²⁰, em meados dos Oitocentos. 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 durante os períodos de epidemia. A presença mais intensa dos médicos no cotidiano do hospital trouxe certa organização baseada no conhecimento médico e uniformização da linguagem: foram elaborados planos de dietas dos doentes internados, formulários de medicamentos. E essa uniformização foi coroada com o catálogo nosográfico em 1852 que identificava pouco mais de 300 moléstias, incluindo as variações.

Depois da inauguração do novo hospital, as estatísticas comprovavam aos olhos do corpo médico a eficiência da aplicação das regras de higiene. No ano de 1853, a mortalidade nas enfermarias do velho hospital era de 30,8%, contrastando com os 8,9% encontrados no novo²¹. Até o final da década de 1850 a mortalidade média dos hospitais novo e velho variava em torno de 16%, quando se abatia do número de mortos aqueles que haviam falecido nas 24 horas após serem internados. Ao comentar a taxa de mortalidade no hospital, os administradores faziam questão de destacar os números de mortos nas primeiras 24 horas, em 48 horas e em 72 horas após a internação. Consideravam que, nesses casos, a culpa por tais mortes seria dos próprios doentes que procuram atendimento hospitalar quando já estavam muito debilitados e a medicina acadêmica não poderia mais ajudar. Porém, podemos entender essa situação como uma estratégia usada por familiares de doentes ou senhores de escravos

¹⁹ 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.

²⁰ Em outro documento, há referência a 16 enfermarias de 1 e 2 leitos.

²¹ “Mapa dos enfermos, que se trataram no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, do 1º. de julho de 1852 até 30 de junho de 1853”. IS 3 5, AN. Nos relatórios os anos diziam respeito ao ano compromissal, de julho de ano anterior a junho do ano referido.

que estavam agonizando para acessar gratuitamente os serviços de enterramento da própria Santa Casa da Misericórdia.

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, tanto em relação às doenças que seriam tratadas, quanto aos grupos que seriam admitidos gratuitamente²². Portanto, essas mudanças também tiveram conseqüências no tipo de doente que seria considerado adequado para ser internado, ou seja, um doente curável pela medicina acadêmica.

A administração procurava estimular a procura de doentes que pudessem pagar: podiam escolher o médico, teriam mais conforto com roupas de cama melhores e quarto individual ou duplo. Isso ajudaria a equilibrar o orçamento da Misericórdia. 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”.

De fato, após a inauguração do novo hospital, o número de doentes tratados à sua custa aumentou proporcionalmente de cerca de 10%, nas décadas de 1830 e 1840, para 17% no começo da década de 1850. Por exemplo, no ano administrativo de 1835-1836, a receita ordinária somou pouco mais de 103 contos, dos quais cerca de 10 contos provinham do pagamento pelos curativos. No ano de 1846-1847, esses valores eram de modo aproximado: 188 contos e 15 contos, respectivamente. Já em 1854-1855, a receita ordinária era de 263 contos e o pagamento por curativos somava 44 contos. Também chama a atenção nos

²² Pimenta, 2003.

balanços de receita e despesa, a importância dos rendimentos dos ‘prédios urbanos’ no orçamento, chegando a compor 61% da receita ordinária. No ano administrativo de 1835-1836 constituiu 54 contos (52%); em 1846-1847, 103 contos (55%); e em 1854-1855, 160 contos (61%)²³.

Alguns prédios foram comprados pela Santa Casa, contudo muitos foram legados à irmandade em testamentos. Por um lado, essas doações foram diminuindo com o tempo e, por outro, foram direcionadas para despesas extraordinárias como obras do novo hospital e do hospício de Pedro II. Apesar disso, constituíam parte basilar do patrimônio da Misericórdia. Em relatórios de diversos anos, o aumento da receita era explicado em função do reajuste de aluguéis e de uma maior fiscalização sobre o pagamento²⁴.

3 - A crescente demanda por assistência no Hospital da Santa Casa

Ano após ano, os provedores da Misericórdia advertiam para o crescimento da demanda pelos serviços do hospital. A Irmandade da Misericórdia considerava que o seu hospital era voltado para o tratamento da pobreza, contudo, ao longo da primeira metade do século XIX, reclamava com frequência da flexibilidade com que se aceitava doentes como pobres e escravos de senhores que se diziam pobres.

Dessa forma, procurava definir o que era pobre para facilitar a fiscalização. Em 1827, o artigo 16º do regimento do hospital estabelecia que: “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 do novo hospital, de 1852, no que diz respeito à posse de escravos, alterava-se a definição de pobre como aquele que tivesse apenas um escravo.

²³ (AN, IS 3 3-5)

²⁴ (AN, IS 3 3)

Não se tratava apenas de retórica da administração para se conseguir mais privilégios do governo, pois o crescimento do número de doentes internados era progressivo nos primeiros anos da década de 1850. Enquanto na década de 1830 e meados dos anos 1840, não se encontrava mais de 400 internados no dia a dia do hospital, não chegando a 5.000 por ano, em meados da década de 1850, encontrava-se de 750 a 850 pessoas internadas, somando mais de 8.000 internados ao longo do ano de 1856²⁵.

A cidade do Rio de Janeiro experimentou, durante a primeira metade do século XIX, um crescimento significativo em termos populacionais e econômicos. Em 1821, a cidade tinha 86.323 habitantes, dos quais 40.376 eram escravos; em 1849, existiam 205.906 moradores, sendo 78.855 escravos. Após 1850, com o fim do tráfico de escravos e com o aumento da imigração européia, o número de escravos declinou constantemente até a abolição em 1888²⁶.

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.

Ressalte-se que estes números não incluem os doentes de “moléstias reputadas contagiosas para os quais existe Enfermaria especial”. O relatório referente ao ano de 1856 identificava claramente que o aumento seria devido ao progressivo acréscimo da população estrangeira, “pois que, tendo chegado a haver diariamente 878 enfermos, este número se compunha de 118 pessoas nacionais, 600 estrangeiros e 160 escravos. Em regra o número dos estrangeiros é sempre o quántuplo se não o sêxtuplo dos Nacionais e o mais atualmente”²⁷.

²⁵ AN, IS 3 3, 4 e 5

²⁶ Karasch, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000; p.107-110

²⁷ É importante notar que não foram encontrados os livros de entrada e saída dos doentes do hospital da SCMRJ no AN e no ASCMRJ.

De fato, o crescimento do número de doentes internados foi acompanhado pelo número de estrangeiros internados, enquanto o número de livres nacionais e o de escravos permaneceram estáveis²⁸. Por um lado, isso pode indicar a possibilidade de os estrangeiros, entendidos como europeus, terem sido mais vulneráveis a certas doenças com as quais não haviam tido contato anterior²⁹. Por outro, além de apontar para provável preferência por outros modos de curar, essa situação também pode sugerir a existência de redes de solidariedade, de amparo que ajudaria a dispensar, em muitas ocasiões, a terapêutica acadêmica hospitalar³⁰.

Em diversos momentos, observa-se um direcionamento explícito da Coroa no que tange à assistência médica a grupos estrangeiros. Através de ofícios, ordenava-se que a Misericórdia atendesse colonos irlandeses, espanhóis, alemães e os próprios africanos livres. As despesas com o tratamento dos imigrantes doentes eram cobradas, posteriormente, ao governo que postergava o pagamento à Santa Casa com frequência.

4 - Em tempos de epidemias

Desse modo, considerando as transformações pelas quais estavam passando o exercício das artes de curar e a própria organização do principal hospital da cidade no período, podemos compreender melhor o impacto de epidemias na limitada estrutura de assistência à saúde e nas soluções propostas para enfrentá-las.

A epidemia de febre amarela de 1849-1850, portanto, impulsionou uma tentativa de organização dos serviços de saúde, como a criação da Junta de Higiene Pública, e de

²⁸ Os relatórios referentes aos anos de 1853 a 1857 apresentam os números de doentes internados classificados nas categorias “livres nacionais”, “livres estrangeiros” e “escravos” (em alguns anos, separados em “escravos nacionais” e “escravos estrangeiros”), além da subdivisão por gênero.

²⁹ Ver Kiple, Kenneth. *The Caribbean slave – a biological history*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

³⁰ Conforme alguns estudos da historiografia da escravidão Ver Engeman, Carlos. “Vida cativa: condições materiais de vida nos grandes plantéis do sudeste brasileiro do século XIX”, em Fragozo et al. (Orgs.) *Nas rotas do Império*. Vitória: EDUFES; Lisboa: IICT, 2006. p.437; Moreira, Paulo. *Os cativos e os homens de bem – experiências negras no espaço urbano*. Porto Alegre, EST Edições, 2003.

reestruturação da assistência à saúde oferecida à população, observada no direcionamento que Estado procurava impor à Santa Casa.

Nesse sentido, a Santa Casa recebeu uma concessão, em 1851, para estabelecimento e manutenção de cemitérios públicos nos subúrbios do Rio de Janeiro por cinquenta anos com o ônus de manter três enfermarias permanentes para atendimento à pobreza. Essa obrigação, no entanto, foi negociada por algum tempo, pois em 1853, os locais onde seriam abertas ainda estavam sendo definidos. Em 1854, a irmandade foi aliviada da manutenção das enfermarias, em função de dívidas feitas para adquirir os terrenos para o cemitério, com a ressalva de que em épocas de epidemias deveria abrir três.³¹

A primeira grande epidemia do século XIX de febre amarela foi motivo de grande preocupação para o governo que pretendia estimular a imigração de trabalhadores europeus, justamente os mais atingidos pela doença³². Nessa época, a Santa Casa administrou seis enfermarias externas a seu hospital, que se situavam na Ilha do Bom Jesus, no Hospício do Livramento, na Praia Formosa, na Rua do Saco e na Rua da Misericórdia. A Misericórdia era chamada pelo governo ou se prontificava a instalar e administrar enfermarias onde o governo considerasse importante. A maioria das enfermarias funcionou por alguns meses, sendo que a da Ilha do Bom Jesus teve de ser fechada devido ao “clamor geral” da população horrorizada com o isolamento da enfermaria onde a mortalidade seria altíssima³³.

Cuidando do serviço médico, da contratação de médicos, enfermeiros e ajudantes, do aluguel da casa e da compra de medicamentos, alimentos e material de escritório, ao final, a Santa Casa encaminhava as contas de forma bem discriminada para que fosse ressarcida pelo Tesouro Nacional.

Assim, em 1855, a expectativa da chegada do cólera já se dava havia algumas décadas, o que possibilitou certo acúmulo de conhecimento. Com a experiência obtida na época da

³¹ Decreto n.583 de 5 de setembro de 1850; Decreto n.843 de 18 de outubro de 1851; Decreto n.775 de 2 de setembro de 1854; e IS 3 4 e 5, AN.

³² Chalhoub, Sidney, *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

³³ IS 3 4, AN

febre amarela, quando a assistência foi organizada nas freguesias com comissões médicas formadas por médicos residentes no local, enfrentou-se o novo flagelo. Desse modo, quando as manifestações da doença foram reconhecidas, a cidade foi rapidamente dividida entre comissões médicas para cada freguesia, que deveria contar com pelo menos um posto médico, tendo os endereços dos médicos como referência para a população. Essas informações e muitas outras eram constantemente publicadas nos jornais de maior circulação da cidade.

No final de setembro daquele ano, quando a epidemia estava perto de atingir o seu auge, podia-se ler nas folhas da cidade:

“De ordem do Illm. Sr. Dr. Luiz da Cunha Feijó, presidente da comissão paroquial sanitária da freguesia da Candelária, faço público que se acha funcionando o posto médico desta freguesia, estabelecido na rua do Sabão n.68, onde serão administrados aos indivíduos atacados da moléstia reinante os necessários socorros na forma das respectivas instruções. Outrossim faço público que a freguesia se acha dividida, para facilidade do serviço, em seis distritos médicos da forma seguinte, compreendendo:

O 1º distrito. – A rua das Violas a partir da rua dos Ourives até a praia do Mineiros; acha-se a cargo do Sr. Dr. Joaquim Ferreira dos Santos Lima, morador na rua da Candelária n.40.

O 2º distrito. – A rua de S. Pedro, e as transversais situadas entre esta e a das Violas, a cargo do Sr. Dr. Antonio Pereira Leitão, rua dos Ourives n.114.

O 3º distrito. – A rua do Sabão, e as transversais entre esta e a de S. Pedro; a cargo do Sr. Dr. Francisco de Paula Costa, largo do Capim n.75.

O 4º distrito. – As ruas da Alfândega e Hospício, e as transversais entre as do Sabão e esta última; a cargo do Sr. Dr. Francisco Joaquim de Souza Motta, rua do Rosário n.60.

O 5º distrito. – As ruas do Rosário de Ouvidor, e as transversais, entre as do Hospício e Ouvidor, a cargo do Sr. Dr. José Maria de Andrade, rua da Quitanda n.85.

O 6º distrito. – As ruas do Cano, Beco dos Barbeiros, Largo do Paço, Arco do Teles, Praça do Mercado, e as transversais entre as do Ouvidor e Cano, a cargo do Sr. Dr. José Joaquim da Silveira, rua da Misericórdia n.24”.³⁴

Do mesmo modo, a assistência à população das demais freguesias urbanas foi sendo organizada à medida que a moléstia ia avançando pela cidade. Assim, informações semelhantes eram publicadas nesses dias de temor referentes às freguesias da Glória, São José, Sacramento, Candelária, Santana, Engenho Velho.

Médicos e boticários também divulgavam os seus serviços gratuitos à pobreza, assim como as pessoas que doavam dinheiro ou alimentos e roupas tinham os seus nomes anunciados. Certamente essas atitudes eram motivadas por sentimentos de compaixão e medo da disseminação da doença, mas também eram permeadas pela necessidade de demarcação do lugar que esses grupos mais abastados ocupavam na sociedade.

Além das três enfermarias que a Santa Casa deveria manter em épocas de epidemia - São João Batista, Nossa Senhora da Saúde e do Morundú - como contrapartida à concessão da administração dos cemitérios públicos, no período em que o número de mortes atingiu o seu ponto máximo, em outubro de 1855, a Misericórdia também se responsabilizou por mais dez enfermarias externas a seu hospital. Outras enfermarias foram abertas por grupos de médicos como os homeopatas, que mantiveram as Enfermarias Homeopáticas de S. Sebastião e de S. Vicente de Paulo e o posto homeopático, na rua Direita, 96.

Nesses anos de epidemias, a homeopatia gozava de bastante popularidade, o que ocorria em parte devido à insatisfação de parte da população com os tratamentos propostos por muitos médicos alopatas como sangrias, sudoríficos, vomitivos e purgativos. O tratamento homeopático seria mais barato e, sobretudo, teria mais afinidade com as concepções de doença e cura de certos grupos sociais por levar em consideração elementos não físicos em sua doutrina. Percebe-se, assim, uma confluência entre a preferência de escravos, libertos e

³⁴ Jornal do Commercio, 22/09/1855.

livres pobres por esse sistema terapêutico, conforme a historiografia tem apontado³⁵, e o fato de que estes constituíram parte significativa dos atingidos pelo cólera. Entre 18 de julho de 1855 e junho de 1856 foram enterrados 4.922, sendo 2.538 escravos, ou seja, 52% dos mortos eram escravos. A estatística oficial não distingue entre libertos e nascidos livres, o que nos permite presumir que a proporção de descendentes de africanos mortos pelo cólera tenha sido maior³⁶.

Assim, podemos pensar sobre o direcionamento dessa assistência a determinados grupos sociais. Parte das despesas da enfermaria homeopática Nossa Senhora da Conceição, administrada pela Santa Casa, era paga pelo governo, o que evidencia o reconhecimento oficial da popularidade da homeopatia e da importância de se oferecer esse sistema terapêutico àqueles que procuravam por ele, apesar dos conflitos com a medicina alopática.

5 - Considerações finais

Analisando a forma como a assistência à saúde da população do Rio de Janeiro em meados do século XIX estava organizada, no período anterior e ao longo das epidemias de febre amarela e de cólera, podemos entender melhor como o Estado atuou nessa questão focando o estudo no hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

A proximidade da Irmandade com os espaços de poder político evidenciava-se pelo fato de vários provedores ocuparem cargos políticos legislativos e do executivo, fazendo parte dos círculos de confiança do imperador. Esta intimidade com o poder, enfatizada a partir do final da década de 1830, estava relacionada a uma situação mais estável nas finanças da Santa Casa.

Apesar de os gastos diretos com a saúde pública não chegarem a 5% na maior parte do século XIX, com exceção dos momentos de epidemias como em meados da década de 1850,

³⁵ Porto, Ângela. “A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático”. *Papéis avulsos*, nº.7, Fundação Casa de Rui Barbosa, 1988; Pimenta, 2003.

³⁶ Mapa demonstrativo do número de pessoas falecidas sepultadas nos cemitérios públicos (São Francisco Xavier e São João Batista), além dos cemitérios particulares da Gamboa e de São Francisco de Paula. IS3 5, AN.

quando somaram mais de 50%³⁷, o Estado imperial subsidiou a assistência à saúde prestada pela Misericórdia através da concessão de parte da renda sobre loterias e impostos sobre alimentos e vinhos, por exemplo.

Ainda que o hospital enfrentasse ano após ano o desafio de acomodar cada vez mais doentes, a dificuldade maior parecia ser mais estrutural do que financeira, segundo os relatórios da instituição. A oferta de assistência hospitalar, ainda que fosse ampliada com a instalação de enfermarias públicas administradas pela Misericórdia, não atendia à crescente procura por este atendimento. Ao ressarcir a Santa Casa pela assistência oferecida a colonos imigrantes e de africanos livres³⁸ e ao pagar o aluguel pelo uso que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro fazia de seus prédios, o governo estava ao mesmo tempo procurando direcionar a assistência à saúde, o que se reforçava em época de epidemia.

Por essa época, o cotidiano do hospital da Misericórdia estava organizado através de normas de comportamento daqueles que circulavam neste estabelecimento – funcionários, doentes internados, visitantes, médicos e estudantes de medicina -, da definição de funções de cada cargo – do servente e porteiro até o médico e administrador do hospital.

Diante da ameaça eminente das epidemias de febre amarela e de cólera, o governo e as autoridades médicas continuaram a utilizar a organização e a estrutura da Irmandade da Misericórdia para lidar com a situação e assistir à população atingida.

³⁷ Carvalho, José Murilo. Teatro de Sombras – a política imperial. Rio de Janeiro: IUPERJ; São Paulo: Vértice, 1988, sobretudo p.38.

³⁸ Africanos que chegaram ao Brasil através do tráfico de escravos depois de sua proibição em 1831. Essas pessoas ficavam sob custódia do Estado imperial quando os navios negreiros eram apreendidos.