



Universidade Federal do Pará
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de História
Programa de Pós-graduação em História

MAGDA NAZARÉ PEREIRA DA COSTA

CARIDADE E SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE EPIDEMIAS
BELÉM 1850-1890

Belém
2006

MAGDA NAZARÉ PEREIRA DA COSTA

CARIDADE E SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE EPIDEMIAS
BELÉM 1850-1890

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em História Social da Amazônia. Orientador: Professor Doutor Aldrin Moura de Figueiredo (DEHIS/UFPA).

Belém
2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-graduação do CFCH-UFPA, Belém-PA-Brasil)

Costa, Magda Nazaré Pereira da

Caridade e Saúde Pública em tempo de epidemias. Belém 1850-1890 / Magda Nazaré Pereira da Costa; Orientador Aldrin Moura de Figueiredo. – 2006.

Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-graduação em História Social da Amazônia, Belém, 2006.

1. Belém (PA) – História – Séc. XIX. 2. Medicina – Belém (PA). 3. Epidemias – Belém (PA) I.
Título.

CDD 20. ED. 981.15

MAGDA NAZARÉ PEREIRA DA COSTA

CARIDADE E SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE EPIDEMIAS
BELÉM 1850-1890

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em História Social da Amazônia. Orientador: Professor Doutor Aldrin Moura de Figueiredo (DEHIS/UFPA).

Data de Aprovação: ___/___/____
Banca Examinadora

Professora Doutora Magda Ricci (DEHIS/UFPA)

Professora Doutora Jane Felipe Beltrão (DEAN/UFPA)

Professora Doutora Leila Mourão (Suplente/DEHIS/UFPA)

Para minha mãe, que nos ensinou
a não desistir daquilo que
almejamos.

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração deste trabalho, algumas pessoas foram de grande relevância. Gostaria de começar agradecendo a Márjorie Costa, futura contadora, mas que durante meses se revelou uma aprendiz de historiador, passando comigo – e às vezes até mesmo sozinha – horas pesquisando em arquivos e bibliotecas, na espinhosa e cansativa tarefa de transcrição dos documentos antigos.

Na Biblioteca do Grêmio Literário Português, pude contar com o apoio e a compreensão da bibliotecária Nazaré, que muito gentilmente facilitou-me o acesso aos jornais do século XIX, possibilitando que em pouco tempo eu conseguisse digitalizar quase todo o seu acervo.

Não posso deixar de agradecer também a professora Leila Mourão, por ter me apresentado as leituras essenciais da historiografia referente à História e Natureza, através das quais pude “enxergar” e desenvolver de maneira mais clara meu projeto ligado àquela linha de pesquisa; além é claro das conversas informais, onde sempre mostrava ter algo a contribuir com todos.

Minha caminhada no curso de Mestrado em História Social da Amazônia não teria sido possível se não fosse o financiamento parcial de meus estudos através da bolsa de incentivo à pesquisa da Capes/CNPq, recebida durante um ano.

Mas, os percalços desse processo com certeza teriam sido mais pesados se não tivessem sido por diversas vezes divididos com os amigos que nos foram e continuam sendo tão importantes. A João Marcelo Dergan, Rosa Arraes, Rosa Cláudia Pereira e Michelle Rose, agradeço primeiro por serem meus amigos e, em seguida, pelas horas de estudo, descontração e até mesmo de angústias compartilhadas ao longo do curso. À Rita Cristo, professora de História, amiga de trabalho e do coração, obrigada pelo incentivo e pela força que sempre me deu. E à professora Ovídia, que de bom grado elaborou a versão em inglês do resumo desta dissertação.

A todos, muito obrigada!!

“Tudo nesse mundo tem o seu tempo; cada coisa tem a sua ocasião. Há tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar; tempo de matar e tempo de curar; tempo de derrubar e tempo de construir.

Há tempo de ficar triste e tempo de se alegrar; tempo de chorar e tempo de dançar; tempo de espalhar pedras e tempo de ajunta-las; tempo de abraçar e tempo de afastar.

Há tempo de procurar e tempo de perder; tempo de economizar e tempo de desperdiçar; tempo de rasgar e tempo de remendar; tempo de ficar calado e tempo de falar.

Há tempo de amar e tempo de odiar; tempo de guerra e tempo de paz”.

(Eclesiastes, 3: 1-8)

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
1 A SAÚDE PÚBLICA ENTRE MEDICINA E CARIDADE	15
1.1 OS PROBLEMAS DE SAÚDE NA BELÉM IMPERIAL.....	19
1.1.1 O Teatro Dos Horrores Das Epidemias.....	19
1.2 PODER PÚBLICO, SABER MÉDICO E O COMBATE ÀS EPIDEMIAS.....	34
1.2.1 Atrás da barca “o gérmen do mal”	35
1.2.2 Os miasmas e a infecção do ar atmosférico	40
1.2.3 A teoria social das enfermidades	44
1.3 A CARIDADE E OS SOCORROS À SAÚDE PÚBLICA.....	48
1.3.1 Socorrendo o corpo e salvando a alma	48
2 O ESPAÇO DO AMPARO E DO SOCORRO: A ASSISTÊNCIA AOS ENFERMOS NO HOSPITAL DE CARIDADE	57
2.1 O HOSPITAL DE CARIDADE BOM JESUS DOS POBRES ENFERMOS.....	60
2.1.1 Do espaço de consolação ao espaço da “cura”: a função do hospital no século XIX	60
2.1.2 A assistência social no Hospital da Caridade	68
2.1.3 O Hospital de Caridade e as estratégias médico-sanitárias no tempo das epidemias	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS: Fontes e Bibliografia	103

RESUMO

Obrigados a enfrentar uma grave crise epidêmica desencadeada ao longo de quase toda a segunda metade do século XIX, os habitantes de Belém assistem, a partir daquele momento, a uma intensa mobilização social em prol da preservação da saúde pública, que há muito deixara de ser objeto de interesse do Governo Provincial e que agora se via ameaçada pela fúria da febre amarela, da cólera e da varíola, que vinham desordenadamente fazendo suas vítimas pela cidade. Diante disso, esta dissertação procura analisar alguns mecanismos empregados para conter o aumento dos casos das doenças na Capital da Província do Pará, destacando as estratégias sanitárias propostas pelos facultativos ligados à ciência médica, levadas a cabo, muitas vezes sem resultado, pelo poder público, mas que interferiram e modificaram significativamente as práticas de assistência aos enfermos mais necessitados, que geralmente eram socorridos em nome da caridade no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A falta de conhecimento sobre a etiologia das moléstias trouxe à tona ainda um acirrado conflito ideológico entre os médicos, que divergiam quanto aos possíveis fatores que motivaram as epidemias e o tipo de terapêutica a ser aplicada aos doentes, ao mesmo tempo em que o perigo da contaminação aguçou também a “compaixão” e a “caridade” de todos que se viram direta ou indiretamente ameaçados por aqueles males.

Palavras-Chave: Saúde Pública, Belém, Século XIX

ABSTRACT

Forced to face a serious epidemic crisis that started nearly throughout the second half of the XIX century, the inhabitants of Belém witness, from that moment on, an intense social mobilization that sought to preserve public health in the city. Public health had long ceased being object of interest to the “governo provincial” and now felt the rage of yellow fever, cholera and chickenpox which were erratically making victims around town.

Based on these facts this paper seeks to analyze some ways used to contain the spread of cases of these diseases in the capital of the “Província do Pará”, by stressing the sanitary strategies put forth by the people connected to medical science. Such strategies, in most cases carried out by public administration, did not yield worthwhile results; but they interfered with and significantly modified the ways of providing assistance to the most needy patients who were in general helped in the name of charity at the “Santa Casa de Misericórdia” Hospital.

The lack of knowledge concerning the etiology of those diseases brought up an even bitterer ideology conflict among medical doctors who disagreed about the possible sources of the epidemic and about the kind of therapeutic methods to be provided to patients at the same time that the risk of contamination also increased “compassion” and “charity” of all who had been direct or indirectly threatened by those diseases.

Key words: Public Health, Belém, Century XIX

INTRODUÇÃO

Em 25 de fevereiro de 1851, era publicado com destaque no jornal *O Publicador Paraense*, um artigo, segundo o qual passada a fase mais crítica da epidemia de febre amarela em Belém, esta enfermidade começava a se deslocar agora, para outros lugares da Província do Pará. Condenando o recurso da quarentena, que naquele momento figurava entre as principais medidas profiláticas defendidas pelos esculápios, que acreditavam que as doenças epidêmicas eram propagadas através do contágio¹, o autor do escrito, que não fora identificado pelo periódico, afirmava ainda, que conforme “[...] a opinião das melhores comissões médicas da Inglaterra [...]”, as medidas mais eficazes para combater o flagelo ...

“[...] consiste na limpeza rigorosa das nossas habitações e quintaes; na desobstrução das valas, pantanos, monturos, canos que dão saída às águas da chuva e do serviço das cazas; ao asseio e limpeza das balanças, pesos e medidas dos açougues, armazéns e tabernas, e com especialidade dos generos que taes depositos contem para uso do povo; e finalmente no asseio e limpeza da nossa roupa, e do nosso corpo [...]”².

Fazendo então, apologia a um discurso anticontagionista, difundido, em contrapartida, pelos médicos adeptos da idéia da infecção³, o referido artigo procurava incutir à população da cidade, hábitos de higiene coletiva e individual, através dos quais julgava-se poder evitar a produção de odores viciados que corrompiam o ar, apontados pelos que comungavam desta concepção, como as principais causas das moléstias epidêmicas.

Até as últimas décadas dos Oitocentos, o calor desse debate teórico-científico, alimentado, sobretudo, pela oposição entre as teorias do contágio e da infecção, fez surgir em meio ao saber médico, interpretações diferenciadas a respeito dos fatores que provocavam as epidemias, assim como também quanto aos recursos empregados para combatê-las. E, que

¹ Designando uma das formas de propagação das doenças, o contágio, caracterizava-se pelo contato mediato ou imediato de um indivíduo sã com outro enfermo. Ver DINIZ, Ariosvaldo da Silva. Epidemia: história epistemológica e cultural de um conceito. *Revista Política e Trabalho*. n. 15, setembro, 1999, p. 179-192. Disponível em: <<http://www.geocities.com/ptreview/15-diniz.html>>. Acesso em: 31 ago 2006.

² Jornal *O Publicador Paraense*, n. 120, 25/02/1851, p. 2. Grêmio Literário e Recreativo Português (GLRP).

³ Por infecção entende-se aqui, a ação exercida por miasmas mórbidos. Ver CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de Medicina Popular* apud CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril – cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 64.

acabaram influenciando as estratégias da política de saúde pública do governo provincial, durante o longo período de crise instaurado tanto pelos flagelos da febre amarela quanto da cólera e da varíola, que se manifestam logo em seguida.

Assim, preconizando conhecer mecanismos racionais, capazes de fazer frente à força dessas moléstias, os adeptos daqueles postulados, apoiados pelo poder público, estabeleceram, por conseguinte, uma infinidade de medidas sanitárias que, embora interferissem diretamente no cotidiano e no modo de vida dos habitantes da Capital da Província, não passaram, na verdade, de meros paliativos para aqueles problemas. Como grande parte dos facultativos desconheciam a origem das enfermidades que pretensamente diziam combater, estas ainda representavam uma incógnita para muitos deles e os expedientes e terapêuticas utilizados por cada um – tanto infeccionistas quanto contagionistas – não designavam nada mais do que um modo específico de lidar com o desconhecido⁴.

Portanto, ignorando-se naquele contexto, as causas dos referidos males, que a cada nova epidemia avançavam desordenadamente, não tardou para que logo fosse revelada a debilidade da maioria dos dispositivos médicos de que comumente se lançava mão, já que estes não conseguiam conter o significativo crescimento do número de enfermos e de óbitos registrado freqüentemente na cidade de Belém. Desse modo, apesar da impotência da medicina e da conseqüente ameaça de um desastre coletivo, a ser provocado pelas epidemias, o Governo da Província, que não tinha como assegurar os recursos necessários para socorrer a toda a população pôde contar ainda com o auxílio prestado pelas associações de caridade como a Santa Casa de Misericórdia, que ao recolher em seu hospital a maioria dos indivíduos que caíam doentes, desempenhou também, de acordo com Arthur Vianna, “[...] importante papel nas medidas postas em prática pelo governo para debelar as epidemias”⁵.

Responsáveis, desde os tempos coloniais, pelos serviços de assistência médica e social no Brasil, as Santas Casas, através de seus hospitais, constituíram um *locus* de destaque em momentos difíceis de crise epidêmica. Contribuindo em nome da caridade com os cuidados reclamados pelo corpo e pela alma dos que eram acometidos pelos flagelos, as Misericórdias foram levadas, por diversas vezes, a gerenciar as medidas assistenciais e sanitárias, que os

⁴ Ver DINIZ, Ariosvaldo da Silva. op. cit.

⁵ VIANNA, Arthur. *A Santa Casa de Misericórdia Paraense* – Notícia histórica 1650-1920. 2ª ed., Belém: SECULT, 1992 [1902], p. 305.

facultativos a serviço do poder público determinavam, na ânsia de assegurar a salubridade do espaço urbano e das pessoas que ali se encontravam⁶.

Todavia, mesmo representando a principal, se não a única instituição de saúde a que os enfermos podiam se dirigir, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, não possuía condições satisfatórias e adequadas para atender a todos os amareletos, coléricos e bexigosos que procuravam o auxílio da “caridade”. Apesar de concebido como um instrumento terapêutico, o hospital no século XIX, ainda designava um espaço de amparo e de verossímil compadecimento ante o sofrimento dos doentes e, aonde, também os médicos que lá atuavam, cuja maioria figurava entre o rol dos irmãos da Misericórdia, eram por conta da relativa vulnerabilidade de seu saber e da precariedade dos serviços hospitalares, regularmente levados a estender o bojo da “caridade” ao ofício da medicina.

Nesse sentido, nosso propósito com este trabalho, é analisar os mecanismos empregados pela ciência médica, para conter o aumento dos casos de febre amarela, cólera e variola na Capital da Província do Pará entre os anos de 1850 e 1890, destacando as estratégias sanitárias propostas pelos facultativos e, verificando até que ponto estas mesmas estratégias interferiram e modificaram as práticas de assistência caritativa aos enfermos mais necessitados, que geralmente eram socorridos no Hospital de Caridade Bom Jesus do Pobres Enfermos, pertencente à Santa Casa de Misericórdia do Pará.

O texto que ora apresentamos, está dividido então em dois capítulos. O primeiro, procura discutir as diversas formas de socorro que caracterizaram os cuidados com a saúde pública em Belém durante os anos de recorrência daquelas epidemias, enfatizando principalmente, as medidas estabelecidas pelo governo provincial e sustentadas pelas teorias médicas em voga na época, além dos artifícios da “caridade” levados a cabo pelos irmãos de Misericórdia ante a árdua tarefa de bem assistir aos doentes. Quanto ao segundo, este pretende mostrar como a preocupação com a salubridade, que procurou promover uma higienização dos espaços, das instituições e dos costumes, atribuiu um novo significado ao auxílio prestado pelo Hospital de Caridade, tentando transformá-lo de espaço de recolhimento a instrumento terapêutico. Com o crescimento da cidade, os hospitais passam a figurar entre as instituições, que embora indispensáveis ao desenvolvimento urbano, precisavam, segundo os médicos,

⁶ Sobre o papel das Santas Casas de Misericórdia, ver RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Editora da UnB, 1981; WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar – Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.

serem também saneados, para evitar que favorecessem a propagação de enfermidades que grassavam epidemicamente, aterrorizando a população.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos, portanto, um considerável repertório de fontes, no qual consultamos documentos oficiais dentre ofícios e correspondências, discursos médicos, leis, relatórios e falas da Presidência da Província do Pará. Além de jornais referentes à década de 1850.

CAPÍTULO I

A SAÚDE PÚBLICA ENTRE MEDICINA E CARIDADE

“Deus nosso Pai, que tendes poder e bondade, dai
força àquele que passa pela provação, dai luz
àquele que procura a verdade, ponde no coração do
homem a compaixão e a caridade.

*Deus, dá ao viajor a estrela guia, ao aflito a consolação, ao
doente, o repouso.
[...].”*

Prece de Cáritas, 1837.

“A beneficencia é um acto moral de indivíduo a indivíduo; a charidade é uma virtude Christã; mas os soccorros publicos são um acto administrativo, um dever social do governante em benefício do governado; e entre nós, também garantidos pela nossa lei fundamental. Excepto no que diz respeito aos soccorros de saude, ministrando o curativo gratuito a classe dos enfermos pobres e desvalidos, fundando, ou auxiliando a fundação, ou conservação de Hospitaes, nenhum sistema regular temos para fazer effectivos, nos cazos ordinarios, outras differentes especies de soccorros, limitando-nos a providenciar conforme as circunstancias e eventualidades, quando se dá algum soffrimento ou calamidade publica [...].”⁷.

Ao se dirigir a Assembléia Legislativa Provincial, no dia 1º de Outubro de 1849, o Presidente do Pará, Jerônimo Francisco Coelho, discorrendo acerca do estado de “saúde e caridade públicas” na Província, deixava claro aos deputados presentes àquela sessão que ao final dos anos 1840, o Estado não dispunha de recursos suficientes para administrar os socorros de saúde à população.

Desde meados do século XVIII na Europa, os serviços e os bens necessários a toda a sociedade haviam se tornado atribuições do Estado, que a partir daquele momento passava a responsabilizar-se dentre outras coisas, pelos cuidados com a saúde pública⁸. No entanto, no que se refere ao Brasil e mais especificamente ao Pará, podemos observar que ao final da primeira metade do século XIX ainda era precária e rudimentar a assistência à saúde dispensada pelas autoridades públicas provinciais.

⁷ *Falla dirigida pelo Exmº. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, Prezidente da Província do Grão-Pará á Assembléia Legislativa Provincial, na abertura da segunda sessão ordinária da sexta legislatura.* Pará, Typographia de Santos & Filhos, 1849, p. 47. Grêmio Literário e Recreativo Português (GLRP).

⁸ SCLIAR, Moacir. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública.* São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002, p. 47.

Limitando-se a zelar minimamente pelo bem-estar da pobreza enferma que geralmente era encaminhada para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, a administração do Conselheiro Jerônimo Coelho, assim como as que lhe sucederam, não raro foram obrigadas como enfatiza o próprio Presidente, principalmente “em tempos de sofrimento e de calamidade pública”, a contar com o auxílio há muito prestado pela beneficência e pela caridade dos indivíduos mais abastados da sociedade, que individual ou coletivamente, no exercício da “moral” ou da “virtude cristã” também socorriam, mesmo em tempos ordinários, sobretudo, os pobres enfermos e necessitados localizados em Belém e em seus arredores.

Com a crescente presença do Estado no cotidiano da sociedade, a assistência á saúde deixa de fundamentar-se apenas sobre a base da solidariedade moral e cristã para tornar-se, outrossim, objeto de interesse público. Fato que, para muitos autores começa a ser observado a partir do incremento das atividades produtivas no transcorrer dos setecentos, através do qual a imagem do indivíduo são passa a ser associada ao desenvolvimento e a prosperidade econômica, tornando-se ao mesmo tempo, sinônimo de civilização e de progresso tão caros ao Estado.

Vale ressaltar ainda, que esse mesmo processo acarretou o crescimento desordenado do espaço urbano e o aumento demográfico desenfreado, os quais salientaram a pobreza da população, reforçando as desigualdades sociais e transformando o pobre e o desvalido em elementos perigosos⁹ para a sociedade, pois a precariedade de seu modo de vida e de suas moradias, situadas em áreas da cidade tidas como insalubres, os caracterizaram como os principais focos das doenças que desencadearam as grandes epidemias daquele período¹⁰.

Nessa perspectiva os problemas causados pela falta de saúde passariam a ser regulados, sobretudo, pelo olhar autoritário e disciplinador do poder público, que se valendo dos preceitos da medicina clínica em ascensão, acreditara poder assegurar os mecanismos

⁹ Sobre a associação entre classes pobres e classes perigosas, ver CAPONI, Sandra. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, nov-dez, 2002, p. 1665-1674; CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril – cortiços epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 20-29.T

¹⁰ SCLIAR, Moacir. op. cit.; FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1988; VIGARELLO, George. *História das práticas de saúde – A saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Notícias, 1999; CORBIN, Allain. *Saberes e Odores – o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987; NAVA, Pedro. *Capítulos de História da Medicina no Brasil*. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: Eduel, 2003; UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. 2ªed., Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio, Editora SENAC São Paulo, 2003; EUGÊNIO, Alisson. Fragilidade pública em face das epidemias na segunda metade do século XIX mineiro. *Revista Varia História*, n. 32, jul., 2004, p. 211-234.

considerados necessários para evitar a propagação das possíveis enfermidades. Porém, quando ao longo do século XIX as epidemias que se insurgem sobre a população, obrigam as autoridades a lançar mão de arranjos coletivos e compulsórios para combater o mal, a assistência prestada aos doentes, ainda transitava entre a ciência e a caridade, devido principalmente à falta de estrutura do Estado e ao incipiente desenvolvimento da medicina, que possuía um conhecimento limitado sobre a etiologia de determinadas doenças.

Assim, embora legitimadas pela ciência médica, as medidas de saúde pública na Europa e no Brasil, não tardaram em se mostrar insuficientes para resolver a difícil situação forjada pelo surgimento das doenças que atacavam desordenadamente. Segundo Moacir Scliar elas não atingiam a dimensão social do problema, provavelmente em consequência da concepção de saúde que se tinha no passado, quando esta representava para a sociedade apenas a ausência de enfermidade¹¹. Ou ainda, podemos supor que, seria em decorrência da base teórica em que se assentaram tais medidas, fundamentadas principalmente nos princípios da teoria miasmática, para a qual existia uma estreita relação entre as alterações do meio natural e a produção das patologias da população; relegando assim para segundo plano, a influência dos fatores sócio-econômicos naquele processo¹².

Por outro lado, se considerarmos, numa concepção mais ampla, que o conceito de saúde, tal como explicita Sandra Caponi, compreende tudo aquilo que em um determinado contexto produz uma sensação de bem-estar, seja ele físico, psíquico ou social, e a doença, por conseguinte, corresponde ao “seu reverso patológico, isto é, tudo que possa ser considerado perigoso ou não desejado”, na medida em que esta última, altera o estado ou o valor do que uma sociedade julga como saudável, ela se torna passível de assistência, a qual nos idos do século XIX destacava-se tanto pela assistência médica quanto pela assistência caritativa¹³.

No roteiro trilhado pelas epidemias no Pará oitocentista, apesar da racionalidade predominante da sociedade, observamos que os cuidados conferidos a saúde daqueles que padeciam caracterizavam portanto, um conjunto de assistência que encontrava-se no limiar da

¹¹ SCLIAR, Moacir. op. cit., p. 93.

¹² FERREIRA, Ângela Lúcia de Araújo; EDUARDO, Anna Rachel Baracho; DANTAS, Ana Carolina de Carvalho Lopes. Geografia e topografias médicas: os primeiros estudos ambientais da cidade concreta. *Investigaciones Geográficas. Boletín do Instituto de Geografía*. Distrito Federal, México n. 52, 2003, p. 83-98. Disponível em: <www.igeograf.unam.mx/instituto/publicaciones/boletin/bol52/b52art5.pdf>. Acesso em 23 abr. 2006.

¹³ CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade* – uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 17.

“virtude cristã” e da administração dos socorros públicos. Sendo que, por um lado, compreendia uma política complexa e heterogênea de intervenção do espaço e de controle do comportamento dos diferentes grupos sociais perante a saúde e a doença – em especial a camada mais pobre da sociedade – e, por outro um estímulo a um suposto compadecimento dos que se diziam benfeitores da pobreza.

Estes, geralmente ligados a instituições laicas ou religiosas, como a Santa Casa de Misericórdia, que se constituía numa das “mais importantes instituições de assistência social do país”¹⁴, sustentavam um duplo significado na tarefa de socorro ao enfermo. A assistência que prestavam ao sofrimento dos pobres acometidos por uma moléstia, além de agir sobre o infortúnio de que padecia o doente, também representava uma atitude de virtude e fé, que tinha como propósito a garantia da salvação da sua alma. No entanto, essa atitude identificada como compaixão ou caridade, como salienta Sandra Caponi, não representava uma virtude propriamente dita, mas uma estratégia de poder – muito próxima da estabelecida pelo Estado – posto que não seria propósito do “compassivo”, transformar as condições materiais que impedem o indivíduo pobre de agir com desvelo sobre a sua saúde, conduzindo assim à desigualdade entre beneficiado e seu benfeitor, ou ainda, acentuando uma relação bastante peculiar entre aquele que assiste e aquele que é assistido¹⁵.

Seguindo essa linha de análise, ao discutir o modo como a população pobre da Província de Minas Gerais tornou-se preocupação pública em épocas de epidemias no Brasil Imperial, Alisson Eugênio ressalta também que a fragilidade pública dos setores mais empobrecidos da sociedade foi transformada em tema de discurso humanitário das autoridades e dos filantropos da época, não só por causa do sofrimento vivenciado por eles diante das epidemias, mas sobretudo, por que havia o risco da sua tragédia se espalhar para o resto da sociedade¹⁶.

Com base nisso, pretendemos demonstrar aqui, que apesar da diversidade estrutural dessa política de saúde pública, ela não constituiu necessariamente um mecanismo de estratégias contrárias entre si, apresentando-se mesmo como complementares, principalmente nos momentos tidos como de “calamidade pública”, quando a saúde da população tornava-se de fato, interesse do Governo e de toda a sociedade. Momentos estes que no Pará se seguiram ao governo do Senhor Coelho, marcados pelos anos de seguidos surtos epidêmicos de doenças

¹⁴ GOUVEIA, Maria de Fátima. Misericórdias. In: VAINFAS, Ronaldo. *Dicionário do Brasil Colonial (1500-1800)*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2000, p. 401.

¹⁵ CAPONI, Sandra. op. cit., p. 19.

¹⁶ EUGÊNIO, Alisson. op. cit., p. 233.

como febre amarela, cólera e varíola, que até àquele momento, os recursos da medicina imperial e seus facultativos na Província, ainda pouco conheciam de suas terapêuticas.

1.1. OS PROBLEMAS DE SAÚDE NA BELÉM IMPERIAL

1.1.1. “[...] o teatro dos horrores das epidemias [...]”

Nos primeiros anos da difícil década de 1850, o Dr. Francisco da Silva Castro, Presidente da Comissão de Higiene Pública do Pará¹⁷ e mais tarde Provedor da Santa Casa de Misericórdia¹⁸, usava essa expressão para definir o estado em que se encontravam as Províncias do Império que, segundo ele, àquele momento, “gemiam sob o rigor” do flagelo da cólera. No caso da Província do Pará a doença se instalara em maio de 1855 propagando-se rapidamente¹⁹, e acentuando o terror entre os moradores de Belém e de determinadas localidades do interior que desde o começo daquela década já vinham sofrendo com uma série de epidemias que avançavam seguidamente sobre eles e tomavam conta de quase toda a Província.

Nesse período as incursões epidêmicas representavam um perigo real para toda a sociedade, tornando-se um sério problema de saúde pública, não só por que era grande o índice de mortalidade e morbidade que tomou conta da população, mas também por que o estado sanitário da Província passou a ser apontado como prejudicial ao progresso e a civilização daquela parte do Império. Das condições sanitárias da Província do Pará, enfatizava o Dr. Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães²⁰, membro da Comissão de Higiene

¹⁷ A Comissão de Higiene Pública do Pará era um órgão de administração local, subordinado à Junta Central de Higiene Pública, a qual foi criada em 1850 pelo governo imperial para gerenciar as questões de saúde pública no Brasil a partir da epidemia de febre amarela ocorrida naquele ano. Ver SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura – as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, CECULT, 2001, p. 111.

¹⁸ O Dr. Francisco da Silva Castro esteve à frente da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Pará entre os anos de 1863-1865.

¹⁹ Ver VIANNA, Arthur. *As Epidemias no Pará*. 2ª ed., Belém: UFPA, 1975 [1908]; BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo do Grão-Pará*. Belém: MPEG/UFPA, 2004.

²⁰ Da mesma forma que o Dr. Silva Castro, o Dr. Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães, também foi Provedor da Santa Casa de Misericórdia entre os anos de 1853-1861.

Pública, “[...] depende a vida ou a morte de muitas pessoas, bem como o progresso ou o regresso da prosperidade pública [...]”²¹.

Assim, para descortinarmos o cenário da saúde pública na Belém Imperial é necessário que saibamos primeiramente quais as doenças, além da cólera, que reinavam entre a população na segunda metade do século XIX, para a partir daí compreendermos como foram geridas as ações do Governo Provincial, à luz das orientações apresentadas pela Comissão médica, a respeito da recuperação de seu estado sanitário e as tentativas de regularização dos hábitos e do modo de vida de seus habitantes.

Independente da época em que foram instaurados os flagelos das epidemias, segundo os discursos do Governo e dos médicos da Comissão de Higiene que o auxiliava, os habitantes da capital da Província sempre estiveram naturalmente suscetíveis a determinadas doenças. Em 1853 uma *Comissão encarregada de informar as causas que fizeram desenvolver a febre amarela* na Província do Pará, apontava que antes desta, outras moléstias grassavam regularmente chegando mesmo a fazer parte do cotidiano da população. Segundo os médicos Camilo José do Vale Guimarães, Antonio Martins Pereira e o já citado Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães²² ...

“Na cidade de Santa Maria de Belém do Gram Pará [...] a cada huma das duas estações [do ano] correspondem certas moléstias, e algumas ha que se observaõ nas transições. [...] Assim na proporção em que as chuvas começaõ a cahir se observaõ as bronchites, as pleurisias, as pneumonias, as tuberculoses pulmonares, [...] o reumatismo articular, as febres intermitentes e remittentes [...]. A proporção que se aproxima a transição da estação invernoza para a do verão vai se observando as apoplexias [...] em geral as molestias congestivas dos centros nervosos, as exantheticas e vericulozas da pelle como a urticaria, herpes, sarampo [...]. A proporção que o verão vai se estabelecendo, o calor atmosférico elevando-se de temperaturas vem as febres tiphoides, [...] as gastro interitis agudas, as hepatites, diarrheas, as desinterias, e em geral, a inflamação das mucosas intestinaes. [...] observa-se que as molestias de cada estaçãõ se repetem e reproduzem todos os annos nas mesmas epocas [...]. Assim iaõ sucedendo muitos annos os phenomenos morbidos e meteorologicos com a regularidade apontada, sem que os medicos vissem grassar febres ou moléstias de diferentes natureza das que se observaõ nas duas quadras. [...] a Província do Pará gozava de tranquillidade em sua saude publica, quando no fim do ano de 1849 veio a noticia de que reinava na Bahia huma febre epidemica grave [febre amarela] cuja natureza se ignorava [...]. A população desta

²¹ Offício da Comissão de Higiene Pública e Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1852. Documento nº 4. Arquivo Público do Estado do Pará (APEP).

²² Os dois primeiros médicos aqui referidos, tal como o Dr. Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães, também pertenciam a Comissão de Higiene Pública da Província, sendo que no que diz respeito ao Dr. Camilo José do Vale Guimarães, este ao longo dos anos 1850 e 1860 desenvolveu ainda a função de Provedor de Saúde do Porto de Belém.

cidade, não estava livre dos efeitos da epidemia de febre amarela, quando se achara assaltada no ano de 1851, pelas bexigas que vieraõ adicionar-se-lhe²³.

Traçando um panorama bastante amplo das condições sanitárias de Belém, os facultativos arrolavam uma infinidade de moléstias, que segundo eles eram influenciadas diretamente pelos fatores ambientais da cidade, tais como o clima, e as mudanças sazonais. Nesse sentido, influenciados por uma tradição médica neo-hipocrática²⁴, durante muito tempo tornou-se lugar comum entre os médicos a idéia de que o estado de saúde da população de um determinado lugar estava relacionado com a dinâmica dos elementos constitutivos da natureza – ar, água, terra e fogo.

Retomada a partir do século XVIII, mas como se observa, ainda muito propagada no XIX, a “medicina ambiental” considerava, os problemas de saúde como conseqüências do desequilíbrio entre os humores corporais e o meio ambiente. Daí então, a atenção dispensada pelos esculápios às condições patológicas da população e às características sazonais da cidade. De acordo com as proposições de Hipócrates, as estações do ano, juntamente com os ventos, as águas, a terra e a dieta dos homens, interferiam no funcionamento do organismo humano, determinando as enfermidades locais e forçando os mesmos esculápios a investigar as suas dinâmicas, para que pudessem “[...] agir com correção em sua arte”²⁵.

Dessa forma, justifica-se por que as doenças ora destacadas, mesmo ocorrendo todos os anos em função da elevação do nível de chuvas, do aumento da umidade, assim como também da intensidade do calor e da secura da atmosfera, pareciam não representar problemas graves de saúde pública. Na medida em que a regular sucessão de tais “fenômenos mórbidos” e seu desenvolvimento relativamente uniforme encontravam-se aparentemente em

²³ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. Arquivo Público do Estado do Pará (APEP).

²⁴ O termo medicina neo-hipocrática é uma alusão a Hipócrates, considerado o pai da medicina que na Antiga Grécia foi o primeiro a tratar as doenças como um fenômeno da natureza, onde segundo ele, a “constituição epidêmica”, ou seja, as origens das epidemias, estariam no desequilíbrio dos quatro humores do corpo (sangue, bile amarela, bile negra e linfa) com os quatro elementos da natureza (ar, fogo, água e terra). Sobre a teoria hipocrática e sua relação com a natureza ver, HIPOCRATES. Ares, águas e lugares. Apud. CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JR, Wilson A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doenças*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 91-129; CZERESNIA, Dina. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas de epidemiologia. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, jul-ago, 2001, p. 341-356; SCLIAR, Moacir. op. cit; SANJAD, Nelson. Cólera e medicina ambiental no manuscrito “Cholera-morbus” (1832), de Antonio Correa de Lacerda. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, set-dez, 2004, p. 587-618.

²⁵ HIPÓCRATES, op. cit. p. 95.

consonância com os “fenômenos meteorológicos”, julgavam os homens ligados à ciência médica que conheciam a etiologia desses males e, por conseguinte, as terapêuticas necessárias para mantê-los sob controle²⁶.

O perigo à saúde das comunidades em Belém parecia revelar-se, na verdade, através das enfermidades vistas como excepcionais ao processo descrito acima, que supostamente ocasionavam uma alteração no ritmo e na seqüência “natural” dos males tidos como próprios de cada quadra. Sendo caracterizadas por uma rápida contaminação que fazia com que em pouco tempo se transformassem em males epidêmicos, enfermidades como a febre amarela e as bexigas de varíola referidas pela comissão médica assim como também a cólera citada anteriormente, chegaram mesmo a se alastrar por grande parte da Província do Pará, desencadeando uma grande mortalidade nos idos do século XIX, tornando-se então, os principais problemas de saúde pública.

a) *A febre amarela*

Em fins do ano de 1849, teve início na Bahia a epidemia de febre amarela que em pouco tempo se espalhou para outras Províncias. Com o despertar do novo ano a moléstia já havia se instalado em Pernambuco e no Rio de Janeiro; e no Pará, àquela altura, o fato ainda

²⁶ Apesar de carregar uma forte influência da Antiga medicina de Hipócrates, essa idéia, na qual a doença era um fenômeno da natureza de controle nosológico e propagada no século XIX, também esta relacionada à concepção propagada na época de que o homem tem o poder de submeter a natureza às suas intenções normativas. Com o advento da época moderna evidenciou-se uma progressiva dissociação entre homem e natureza, e tudo que se mostrava ligado a ela direta ou indiretamente. Reduzida ao domínio do mundo natural, a natureza era vista como um inesgotável expediente a ser explorado, passando a sofrer sucessivas intervenções do homem que acreditava ter a capacidade de subjuga-la, tentando controlar, por exemplo, os efeitos que a dinâmica de seus elementos formadores hipoteticamente exerciam sobre a saúde humana. Sobre a concepção de natureza e sua relação com o homem, ver DINIZ, Ariosvaldo da Silva. Epidemia: história epistemológica e cultural de um conceito. *Revista Política e Trabalho*. n. 15, setembro, 1999, p. 179-192. Disponível em: <<http://www.geocities.com/ptreview/15-diniz.html>>. Acesso em: 31 ago 2006; ALMEIDA, Jozimar Paes de. Ciência e Meio Ambiente: a interdisciplinaridade na constituição do pensamento ecológico. *Revista de História Regional*. v. 2, n. 2, 1997, p. 1-12. Disponível em: <<http://www.rhr.uepg.br/v2n2/jozimar.htm>>. Acesso em: 15 ago 2005; DULLEY, Richard Domingues. Noção de natureza, ambiente, meio ambiente, recursos ambientais e recursos naturais. *Revista Agricultura em São Paulo*. São Paulo, v. 51, n. 2, jul/dez 2004, p. 15-26; FREITAS, Carlos Machado de. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v. 8, n. 1, 2003, p. 137-150; THOMAS, Kheith. *O homem e o mundo natural: mudanças de atitudes em relação às plantas e aos animais (1500-1800)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

era ignorado, acreditando-se que somente a Bahia sentia os efeitos do mal²⁷. Com a divulgação das primeiras notícias a respeito da epidemia naquela Província, autoridades locais teriam ficado em alerta e o povo, apreensivo, visto que “[...] lhe estava iminente a invasão de uma epidemia mortífera”²⁸.

Porém de nada adiantara a atenção dispensada para evitar que o mal se estabelecesse entre eles, pois a demora ou a negligência das informações fez com que o temido flagelo tivesse livre entrada em Belém com o desembarque no porto da cidade da barca dinamarquesa *Pollux*, vinda de Pernambuco e, que ali atracara em 24 de janeiro de 1850. Somente mais tarde é que os periódicos que circulavam na capital do Pará passaram a dar notícias sobre o estado sanitário das demais Províncias onde a doença já havia chegado. Em maio de 1850 estampava tardiamente *O Planeta* em sua primeira página publicações como esta, que chamava a atenção de seus leitores.

RIO DE JANEIRO
PARTE OFFICIAL

“[...]”

Algumas cidades do nosso litoral e especialmente as da Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco tem sido assaltadas nestes ultimos meses de uma febre epidemica. Os estragos da enfermidade, que alias, não estão em proporção com o terror que tem causado, affligem profundamente o meu coração. Graças a Deus vai diminuindo o mal e espero de sua divina Misericordia que, ouvindo nossas preces arrede para sempre do Brasil semelhante flagelo.

[...]”²⁹.

Através da fala em que o Imperador se dirigia à Assembléia Geral Legislativa, levava-se finalmente a público na cidade, o estado dos lugares em que a epidemia reinara, sem ainda, contudo, contemplar as reais dimensões dos estragos causados pela febre. Diferente do afirmado no discurso oficial, não era sem razão que por onde passava, a peste amarílica deixava um rastro de terror entre os moradores locais, pois não se conhecia a sua natureza e, geralmente os primeiros sinais de febre e vômitos negros resultavam em casos funestos da doença.

Assim, logo que fizera as suas primeiras vítimas em janeiro de 1850 a epidemia de febre amarela, de acordo com Arthur Vianna, tomou também um caráter assustador na capital da Província do Pará. Isso se considerarmos a freqüência com que atacava a população, já que até março daquele ano ainda era baixo o número de mortos pelo mal, registrando oficialmente

²⁷ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 79.

²⁸ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. APEP.

²⁹ Jornal *O Planeta*, n. 58, 20/05/1850, p. 1, GLRP.

a soma de apenas 46 casos fatais³⁰, como se observa no quadro seguinte. No relatório do Presidente Jerônimo Francisco Coelho, elaborado no calor dos acontecimentos da epidemia, os números apresentados em relação à mortalidade na Capital nos sete primeiros meses de incidência de febre amarela – de janeiro a julho de 1850 – eram os seguintes.

Quadro 1: Índice de mortalidade por febre amarela em Belém (1850)

Meses	Epidemia reinante			Diferentes moléstias			Total
	Nos Cemitérios	Nas Igrejas	Soma	Nos Cemitérios	Nas Igrejas	Soma	
Janeiro	2	-	2	11	38	49	51
Fevereiro	2	1	3	21	37	58	61
Março	41	-	41	18	35	53	94
Abril	268	1	269	8	-	8	277
Maiο	102	-	102	30	1	31	133
Junho	68	-	68	40	-	40	108
Julho	21	-	21	65	-	65	86
Soma	504	2	506	193	111	304	810

Fonte: Relatório do Presidente da Província do Pará Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, 1850, p. 10-11.

Naquele momento, estimava-se em torno de 12.000 o total de enfermos atingidos pelo flagelo, o que correspondia, segundo o Presidente, à “três quartos da população da capital”, sendo que 506 seria a quantidade de amareletos mortos, o que equivalia a 4% do total de enfermos³¹. Embora esses números não precisassem o efetivo da mortalidade em Belém³², como enfatizava o próprio Jerônimo Coelho, nota-se pelo exposto acima que os meses de abril e maio registraram a fase mais violenta de incursão da febre amarela, concentrando cerca de 73% das mortes ocorridas no período recortado. Fato que ajuda a entender o discurso oficial do Governo ao afirmar que “[...] a vista da mortandade diaria, essa Capital apresentou um quadro afflitivo de consternação e de dor e o terror e o susto foi geral”³³.

³⁰ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 80.

³¹ *Relatório feito pelo Exm^o. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, Presidente desta Província, e entregue ao 1^o Vice Presidente em exercício, o Exm^o. Snr. Dr. Ângelo Custódio Corrêa, no dia 1^o de agosto de 1850.* Pará, Typographia Santos & Filhos, 1850, p. 11. GLRP.

³² Independente do terror que a febre amarela causara, o Estado não possuía estrutura e pessoal suficiente para levantar o número exato de mortos na capital, visto que provavelmente nem todos os atingidos pela moléstia receberam sepultura nos insuficientes e precários cemitérios existentes na cidade até o ano de 1850 quando começou a ser construído o Cemitério da Soledade.

³³ *Relatório feito pelo Exm^o. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, 1850, p. 1.*

Não obstante as mortes freqüentes daquele período terem provocado um temor generalizado, Arthur Vianna salienta ainda que o pânico vivido na cidade se dava sobretudo, por ser a epidemia completamente desconhecida de todos, até dos médicos “[...] que ainda a não tinham visto, assistindo inerte a multiplicação célere dos casos”, pois durante aqueles sete meses de epidemia, o total de óbitos não ultrapassava a casa de 3,8 por dia, “[...] o que para uma população de 16.000 habitantes nada representa de anormal”³⁴. Isso fica ainda mais claro se compararmos com a relativa incidência no intervalo dos meses de maio a julho, das mortes provocadas especificamente por “diferentes moléstias”. As doenças ordinárias mesmo apresentando um obituário menor do que o da epidemia reinante – 136 mortos contra 251 de febre amarela – vitimavam quase tanto quanto esta, os habitantes da cidade de Belém.

Todavia, computando os casos fatais dessas enfermidades endêmicas nos meses de junho e julho, observa-se que chegaram mesmo a ultrapassar os que foram causados pela febre amarela, acentuando assim, a idéia exposta anteriormente de que por serem consideradas regulares, elas não eram encaradas como problemas de saúde pública, já que em detrimento destas, a baixa nos casos fatais da epidemia suscitava dentre outras coisas, que a principal preocupação do momento era tentar conter o flagelo que se mostrava mais hostil à saúde de todos e desafiava a ciência da época.

Os estragos causados pela peste foram portanto, inúmeros, atingindo grande parte da população, e em poucos meses a cidade de Belém e seus moradores tiveram seu cotidiano totalmente alterado. Preocupado com a situação que ali se formara, o poder público ressaltava ainda que “[...] nesses dias luctuosos de amargura e atribulação, paralisou completamente a marcha dos negocios publicos e particulares; os cuidados de todos se empregarão exclusivamente em sepultar os mortos, e acudir os enfermos e agonizantes [...]”³⁵. Logo, direta ou indiretamente todas as pessoas que viviam ou que tinham negócios estabelecidos na capital da Província do Pará, sofreram os efeitos devastadores da epidemia.

Atacando indiscriminadamente, a febre contudo, não se manifestava da mesma forma entre os habitantes da cidade e os que por ali passavam. As mulheres, por exemplo, foram, as que menos sentiram a sua força, pelo parecer dos médicos e pelas estatísticas dos óbitos, a moléstia pouco se irradiava entre elas e quando ocorria era em menor gravidade³⁶. O mesmo

³⁴ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 82.

³⁵ *Relatório feito pelo Exm^o. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho*, 1850, p. 11. GLRP.

³⁶ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. APEP. Ver também a análise elaborada por Arthur Vianna, que consultando os livros dos cemitérios do ano de 1850 aponta que a

já não se pode afirmar em relação aos estrangeiros que no período mais crítico da epidemia, conforme citam Rubens da Silveira Britto e Eleyson Cardoso, manifestavam quase sempre a forma mais grave da doença³⁷. Segundo a comissão responsável por identificar as causas da febre amarela na Província, “[...] tem se observado que a gravidade da epidemia he maior para os estrangeiros e norte-americanos; quanto mais ao norte as partes do mundo se achão as nações em que pertencem, maior he a diferença que se observa em relação à mortalidade”³⁸.

Tentando encontrar uma resposta para a significativa mortalidade de estrangeiros provocada pela febre amarela em Belém³⁹, os médicos da Província pareciam recorrer ao princípio básico das chamadas “geografias médicas”⁴⁰, que fundamentado numa visão determinista do século XVIII sustentava que havia uma interferência somática do clima sobre o organismo humano, fazendo assim com que se apresentasse mais ou menos predisposto a doenças que variavam de acordo com o clima do lugar em que o homem habitava⁴¹. Desse modo, entendia-se que a contaminação pela peste amarílica entre os estrangeiros que ali se encontravam, estava condicionada ao nível de aclimatação dos mesmos. Idéia de que compartilhava o Dr. José Gama Malcher, membro da Comissão de Higiene Pública, pois para ele na ocasião da epidemia de febre amarela era possível observar que esta “acometia com

mortalidade do período estava distribuída da seguinte maneira: homens – 319, menores – 155, mulheres – 119. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 83.

³⁷ Cf. BRITTO, Rubens da Silveira; CARDOSO, Eleyson. *A febre amarela no Pará*. Belém: APC/SUDAM, 1973, p. 20. Ver também VIANNA, Arthur. op. cit., p. 80.

³⁸ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. APEP.

³⁹ Entre os amarelentos mortos no ano de 1850, 137 eram nacionais, 107 estrangeiros e 309 de nacionalidade ignorada. Cf. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 81.

⁴⁰ As geografias médicas constituíam um importante instrumento de análise e de observação do modo como as condições naturais se sobrepunham ao meio social no desenvolvimento das enfermidades e eram elaboradas essencialmente para diagnosticar e “curar” o espaço em que incidiam determinadas doenças, e não necessariamente os homens atacados por elas. A partir desses ensaios, afirma Luis Urteaga, eram indicados os lugares sãos e enfermos, as áreas que podiam ser habitadas e aquelas que deviam ser evitadas, sendo que uma vez determinadas as variáveis meteorológicas e climáticas de uma região estabelecia-se uma relativa associação entre elas, as patologias do lugar e o comportamento de seus habitantes, possibilitando uma eventual ação terapêutica eficaz. Cf. URTEAGA, Luis. *Miseria, miasmas y microbios. Las topografias médicas y el estudio del medio ambiente el siglo XIX. Revista Geocrítica – Cadernos de Geografia Humana*. Barcelona, ano V, n. 29, novembro/1980, p. 4. Sobre as Geografias Médicas e sua repercussão no espaço urbano ver também FERREIRA, Angela Lúcia de Araújo; EDUARDO, Anna Rachel Baracho; DANTAS, Ana Carolina de Carvalho Lopes. op. cit., p. 84; COSTA, Maria Clélia Lustosa. *A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. Mercator – Revista de Geografia da UFC*. ano 1, n. 2, 2002. p. 61-69.

⁴¹ FEBVRE, Lucien. *A Terra e a evolução humana – Introdução Geográfica à História*. 2ª ed., Lisboa: Edições Cosmos, 1991, p. 93-113.

maior intensidade os estrangeiros não aclimatados, do que as pessoas do país, ou estrangeiros já aclimatados [...]”⁴².

Por fim, vale ressaltar que segundo Lucien Febvre, a explicação determinista da geografia médica reduzia as condições físicas humanas a um efeito do meio ambiente, já que “para conhecer a ação do clima sobre o homem é preciso em primeiro lugar, conhecer a ação do clima sobre o meio natural em que o homem vive”, bem como a sua interação com o cotidiano da sociedade⁴³.

Sendo assim, podemos observar que embora atacasse com maior frequência os estrangeiros, a febre amarela não escolheu as suas vítimas, entre homens e mulheres, adultos e crianças, ricos e pobres, todos com maior ou menor regularidade caíram diante da fúria do “mal de Sião”. Para Vianna, cientificamente falando, isso se explica por que “a moléstia apareceu aqui na quadra invernososa, quando mais abundantes são os mosquitos transmissores, mas ninguém se apercebeu deles como fator único da inoculação; passaram incólumes de qualquer ataque. Daí todo o mal!”⁴⁴.

b) *A cólera-morbus*

Passada a fase crítica da epidemia de febre amarela, a população de Belém ainda não tinha se recuperado totalmente do terror vivido em 1850, quando alguns anos depois se deparava com um novo flagelo. Aos quinze dias do mês de maio de 1855, juntamente com a galera portuguesa *Defensor*, a cólera aportara naquela cidade de onde se lançaria para outras partes do Império⁴⁵ e, repetindo dentro de pouco tempo o terror outrora vivido nos funestos dias da praga amarela.

Identificada como “uma moléstia de caráter maligno” somente a partir de seu período de recrudescência⁴⁶, a doença contudo, segundo o então Presidente João Maria de Moraes,

⁴² Ofícios da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios, Ano de 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1850. Documento nº 1. APEP.

⁴³ FEBVRE, Lucien. op. cit., p. 113.

⁴⁴ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 83.

⁴⁵ De acordo com Jane Beltrão, após a chegada da *Defensor* no Pará, a cólera se instalou em seguida em junho de 1855 na Bahia e em julho no Rio de Janeiro. BELTRÃO, Jane Felipe. op. cit., p. 79.

⁴⁶ Ao tempo da chegada da galera *Defensor* em Belém, as 36 mortes ocorridas ao longo da viagem iniciada na cidade do Porto foram primeiramente identificadas pelo Dr. Camilo José do Vale Guimarães, Provedor de Saúde do Porto como envenenamento, descartando qualquer possibilidade daquela doença vir a ser a cólera ou qualquer

transformara o estado sanitário da Província numa condição “bem triste e deplorável”⁴⁷. Em 1854 a saúde pública no Pará ainda não era considerada próspera, porém, não apresentava mais um caráter assustador⁴⁸, o qual voltaria a ocorrer no ano seguinte diante do avanço da cólera “[...] que em seu rápido desenvolvimento invadiu e acometeu quase todas as povoações da Província, fazendo vítimas e estragos, que por muito tempo teremos que lamentar”⁴⁹.

Na capital, a calamidade pública se deu desde o dia 26 de maio, quando o Dr. Américo Marques Santa Rosa, 2º Cirurgião alferes do Corpo de Saúde do Exército, diagnosticara como sendo de cólera morbus epidêmico⁵⁰ os sintomas revelados em dois soldados do 11º Batalhão de Caçadores, socorridos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia; até o final do mês de junho, quando os médicos da Comissão de Higiene Pública da Província calculavam “que mais da metade da população” de Belém já tinha sido afetada pela cólera⁵¹. A força da nova epidemia fez surgir diversos casos quase que diariamente naquela cidade, que se não corresponderam a todo esse montante, levantado talvez pelas circunstâncias assustadoras do

outra de “*caráter maligno ou contagioso*”. Ver Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855, Caixa 141, Pasta 1855 jan/jul, documento nº 53 anexo, APEP. Ver também VIANNA, Arthur. op. cit., p. 105-173; BELTRÃO, Jane Felipe. op. cit. Consideramos que essa questão já foi assaz trabalhada nesses dois estudos, por isso não nos detemos aqui com mais detalhes sobre ela.

⁴⁷ *Exposição apresenttada pelo Exmº. Snr. Doutor João Maria de Moraes, 4º Vice Presidente da Província do Gram-Pará. Por ocasião de passar a administração da mesma Província ao 3º Vice Presidente o Exmº. Snr. Miguel Antonio Pinto Guimaraens.* Pará, Typographia de Santos & Filhos, 1855, p. 3, GLRP.

⁴⁸ *Falla que o Conselheiro Sebastião do Rego Barros, Prezidente desta Província dirigiu a Assembleia Legislativa Provincial na abertura da mesma Assembleia. No dia 15 de agosto de 1854.* Pará, Typographia da Aurora Paraense, 1854, p 18, GLRP.

⁴⁹ *Exposição apresenttada pelo Exmº. Snr. Doutor João Maria de Moraes,* 1855, p. 3.

⁵⁰ A cólera custou a ser qualificada pelos médicos da Província, que reunidos com o Comandante das Armas, o tenente coronel José Antonio da Fonseca Galvão no mesmo dia 26 de maio, divergiam quanto a sua origem e espécie; havia quem acreditasse ser a enfermidade cólera morbus epidêmico, como foi o caso dos Drs. Américo Santa Rosa, Antonio José Pinheiro Tupinambá e José Ferreira Cantão, e quem de maneira errônea ou cautelar a classificasse como cólera morbus esporádico – visto que considerar a existência daquela forma da doença em detrimento desta última significava despertar o pânico na sociedade em função dos estragos de sua contaminação, enquanto que mantendo o caráter esporádico, a cólera seria supostamente endêmica provocada, sobretudo, pela irregularidade das estações e pela má nutrição dos alimentos consumidos por grande parte da população da cidade. Os que ali comungavam desta idéia foram: os médicos Francisco da Silva Castro, José da Gama Malcher, João Florindo Ribeiro Bulhões, José dos Santos Correia Pinto e Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães. Além de João Manoel de Oliveira, que julgava ser colerina. Ver VIANNA, Arthur. op. cit., p. 105-173; BELTRÃO, Jane Felipe. op. cit., p. 88 e 89.

⁵¹ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 jan/jul. Documento nº 73. APEP.

momento, podiam mesmo contar, segundo Vianna, uma cifra de seis a sete mil doentes, o que ultrapassava a um ou a dois terços da população⁵².

Assim, descrevendo os fatos ali transcorridos, Arthur Vianna salienta ainda que ...

“[...] caíam pessoas pelas ruas, nas Igrejas, durante as procissões, contorcendo-se no solo e morrendo ás mais das vezes dentro de poucas horas. Famílias inteiras viam-se a braços com a infecção ao mesmo tempo, tornando-se necessária a intervenção do vizinho, para não sucumbirem ao abandono [...], casas de comércio fecharam à falta de empregados, o movimento da cidade diminuiu extraordinariamente”⁵³.

Essa situação perdurou até meados de julho, quando o flagelo começou a declinar. Nos primeiros dias do mês seguinte, o Dr. Francisco da Silva Castro informava ao Vice Presidente da Província, o Coronel Miguel Antonio Pinto Guimarães, que respondia pela administração pública, que ...

“os casos morbidos nos ultimos seis dias tem sido raros, [...] a mortalidade diaria tem regulado de duas a cinco pessoas. [...] Em julho findo o numero de fallecidos, nesta capital foi de 266 indivíduos, sendo 205 de cólera e 61 de diversas molestias”⁵⁴.

Números que pelos mapas da mortalidade apresentados pelo médico, ficavam distribuídos assim:

Quadro 2: Mapa da mortalidade do Cemitério da Soledade no mês de junho de 1855⁵⁵

Por diversas doenças inclusive o cólera-morbus					Ocasionada pelo cólera-morbus				
Maiores		Menores		Total	Maiores		Menores		Total
Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
308	138	34	29	509	278	130	24	21	453

Fonte: Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Caixa 141. Pasta 1855 ago. Documento nº 116. Anexos. APEP.

⁵² Não existem dados precisos para computar o número exato de habitantes da cidade de Belém no tempo da epidemia de cólera, o próprio Arthur Vianna trabalha com uma hipótese, de aproximadamente 20.000 almas, o que em alguns momentos faz com que ora o autor afirme ser o número de coléricos correspondente a um terço da população da capital, ora a dois terços da mesma. Ver respectivamente VIANNA, Arthur. op. cit., p. 140 e 167.

⁵³ Idem, p. 154.

⁵⁴ Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 ago. Documento nº 116. APEP.

⁵⁵ Idem, anexos.

Quadro 3: Mapa da mortalidade do Cemitério da Soledade no mês de julho de 1855

Por diversas doenças inclusive o cólera-morbus					OCASIONADA PELO CÓLERA-MORBUS				
Maiores		Menores		Total	Maiores		Menores		Total
Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
144	75	31	16	266	109	67	20	9	205

Fonte: Idem.

Pelos dados do Cemitério da Soledade⁵⁶, o índice total de mortos no mês de julho caiu em mais da metade comparado com o que foi registrado em junho, sendo que somente por cólera as mortes foram reduzidas em torno de 45%, pois se em pleno período de recrudescência contava-se 453 coléricos mortos, na medida em que a cólera começava a perder sua força em julho, passou-se a somar apenas 205.

Contudo, apesar da quantidade de óbitos provocados pela epidemia reinante ter sido subtraída naquele mês, podemos observar ainda nos registros do Soledade, que por mais otimista que se figurasse a opinião do Dr. Silva Castro, a enfermidade continuava sendo a responsável pela maior parte dos males que sucumbiam os mortos sepultados naquele cemitério, visto que se continuava atribuindo a ela um percentual significativo de óbitos, isto é, 77% a contar do total de mortes que foram registradas naquele período. Quadro que só iria começar a ser revertido de fato, a partir de agosto, quando a epidemia passou a ceifar uma quantidade menor de vidas entre os moradores da capital, estendendo-se nesse ritmo até o começo do ano de 1856⁵⁷.

c) *A varíola*

⁵⁶ O Cemitério da Soledade pertencia a Santa Casa de Misericórdia e era o principal cemitério público de Belém no tempo da epidemia de cólera, para lá foi levada grande parte dos corpos dos coléricos. Porém existia ainda na cidade os Cemitérios de Tucunduba e dos Protestantes que em menor proporção também sepultaram alguns mortos pela cólera. Vale ressaltar mais uma vez que diante da mortalidade os cemitérios da cidade não comportavam todos que para lá eram levados, existem registros que informam que muitas pessoas ficavam sem sepultura nos cemitérios por motivos diversos, que iam desde a pobreza à irregularidade dos serviços funerários.

⁵⁷ Segundo Vianna, ao longo do período de declínio da epidemia, em outubro de 1855, houve um relativo aumento das mortes causadas por ela, recuando progressivamente até fevereiro do próximo ano. Ver VIANNA, Arthur. op. cit., p. 168.

Transitando por Belém desde o século XVIII⁵⁸, a varíola já não era desconhecida da população, quando em 1851, logo depois da passagem da peste amarela, começaram a surgir alguns casos de bexigas pela cidade ao serem encomendadas da Província da Bahia para o Pará algumas lâminas de pus vacínico. Distribuídas entre os médicos da capital, essas lâminas deveriam ter dado início ao processo de inoculação dos moradores da cidade, prevenindo-os contra aquela doença, porém diferente do resultado esperado, acabaram promovendo a emergência de uma nova epidemia. O Dr. José Malcher, que ocupava o cargo de Comissário Vacinador Provincial, tentava explicar o fato afirmando que ao serem procedidas as primeiras inoculações, ocorrera naquele momento “uma calamidade publica por que todas as pessoas vaccinadas com o pus remettido da Bahia, acharaõ-se infeccionadas pela varíola [...]”, tornando-se verdadeiros focos da epidemia que se desenvolveria a partir dali. Com esse episódio concluía ainda o médico, que o pus enviado para o Pará seria “o pus variólico importado para esta Província pela ignorancia ou desleixo de quem o forneceu ao Presidente da Bahia”⁵⁹.

Novamente então diante de mais um flagelo, que embora de acordo com Arthur Vianna, tenha sido um período relativamente curto – de maio de 1851 a setembro de 1852 – a população de Belém, registrou uma redução de 598 almas, decorrente da mortalidade ocorrida àquele tempo, e que iria ainda se repetir ao longo das décadas seguintes por pelo menos mais quatro vezes, nos anos de 1866-1868, 1872-1876, 1878-1885, 1887-1890, quando o “mal das bexigas” voltaria a se manifestar⁶⁰.

Desse modo, em 1851 generalizou-se pela cidade o receio de que os estragos da varíola fossem tão grandes quanto os deixados em outras épocas, assim como também os que ficaram registrados pela febre amarela, que suscitou até mesmo um forte debate entre os periódicos locais durante a fase de recrudescimento da epidemia. Desde que começou a aparecer no cenário da imprensa paraense *O Correio dos Pobres* dedicou vários de seus primeiros números a polemizar com o *Treze de Maio* a respeito do estado sanitário em que se encontrava a capital da Província naquele ano.

⁵⁸ Em fins do século XVIII, ocorreu pela primeira vez em Belém uma epidemia de varíola que de 1794 até início do século XIX, provocou um grande contágio entre a população e uma mortalidade bastante acentuada. Cf. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 35-54.

⁵⁹ Ofício da Provedoria da Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855, Caixa 142, Pasta 1854, documento nº 74, APEP.

⁶⁰ Além desses cinco primeiros períodos de epidemia de varíola em Belém, no final do século XIX e começo do XX, foram ainda registradas mais duas outras epidemias causadas pela doença entre os anos de 1895-1902 e 1904-1905. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 55-75.

“A redaçãõ do Correio dos Pobres sente-se infinito ser forçada a dizer com o devido respeito ao Sr. Treze de Maio, que não pode aceitar por exacta a noticia que dá em seu número 117, a respeito do estado sanitario e que diz assim: ‘Na semana, que hoje acaba, tem o contagio das bexigas declinado notavelmente; he já em menor escala o numero das casas de semelhante enfermidade’.
O Nestor dos periodicos actualmente existente no Pará, fiado, talvez na autoridade de velho e de semiofficial, tentou burlar a noticia, que demos em nossa primeira folha a respeito dos 162 católicos enterrados no Cemitério, durante os 25 dias do corrente mes. Saiba pois, o colega que o numero dos mortos até hoje, compreendendo católicos e protestantes he de 200: numero este muito maior em comparaçãõ ao numero dos mortos no mes mais fatal do anno passado, ou da febre amarela, o que he facil provar dos competentes assentamentos.
Façamos pois, supplicas a Deus para que se compadeça já da nossa infeliz situaçãõ. [...]”⁶¹.

Para *O Correio dos Pobres* era inaceitável, a postura que eventualmente assumira o *Treze de Maio*, insistindo no período mais crítico da epidemia de bexigas, que o estado sanitário da capital seria satisfatório, já que o mal avançava de maneira rápida e intensa produzindo, segundo aquele jornal, indiscriminadamente suas vítimas. Infelizmente não tivemos acesso ao número em questão daquela folha oficial [o *Treze de Maio*], para compararmos as informações que ora ficam expostas pelo “*Correio*”, pois embora o seu redator afirmasse que os assentamentos dos mortos nos cemitérios totalizavam “162 católicos enterrados” até o dia 25 do mês de julho de 1851, essa estatística não corresponde aos cálculos apresentados, por exemplo, por Arthur Vianna, que baseado nos mesmos assentamentos; para o mês de julho, contou oficialmente 159 pessoas mortas em decorrência da varíola⁶². Portanto, o que nos parece é que ao questionar o *Treze de Maio*, o *Correio dos Pobres* colocava em cheque não só a divergência quanto à quantidade dos óbitos de bexigosos, mas sim a suposta idéia passada pelo “velho” jornal, com o intuito de acalmar os ânimos da população, de que a epidemia estaria aparentemente sendo controlada pelo poder público, que era a quem cabia oficialmente a responsabilidade pelos cuidados dispensados a saúde coletiva, já tão abalada desde o tempo da febre amarela.

Contendas à parte, o que podemos notar, como ressalta Vianna, é “[...] que a varíola encontrou aqui condições favoráveis á sua propagação, pelo que assinalou tristemente as suas invasões”⁶³. Em 1866, o Barão de Arary que presidia a Província na época, afirmava que

⁶¹ Jornal *O Correio dos Pobres*, n. 02, 31/07/1851, p. 2 e 3. GLRP.

⁶² De acordo com os dados apresentados por Vianna e também observados nas documentações, a mortalidade por varíola entre os anos de 1851 e 1852 teria recrudescido principalmente no período de maio a novembro de 1851, quando os registros apontam 23 mortos pelas bexigas em Maio, 77 em Junho, 159 em Julho, 190 em Agosto, 70 em Setembro, 28 em Outubro e 15 em Novembro. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 56.

⁶³ Idem, p. 35.

mesmo diante das medidas tomadas alguns meses antes, a epidemia invadiu toda a cidade, restando-lhe apenas, frente ao mal que recrudescia, consultar a opinião dos médicos da capital para que “cada um emitisse ai o seu parecer sobre o melhor meio de impedir, não a propagação da molestia, por que ella era já em toda a parte, mas ao estrago que costuma fazer na população”⁶⁴.

Estragos estes, que ao longo da segunda metade do século XIX, não estavam estritamente relacionados com a baixa populacional, pois pelo quadro dos mortos que reproduzimos abaixo, é Vianna quem novamente nos indica, que estes registros eram relativamente pequenos se comparados com os de outros lugares em que a varíola se instalou.

Quadro 4: Mortalidade dos variolosos em Belém

Períodos epidêmicos de varíola	Quantidade de mortos
2ª epidemia (1866-1868)	431
3ª epidemia (1872-1876)	1.162
4ª epidemia (1878-1885)	834
5ª epidemia (1887-1890)	927

Fonte: VIANNA, Arthur, op. cit., p.73.

Ainda que cada uma dessas quadras epidêmicas guardasse as suas peculiaridades, podemos supor, que o temor gerado frente à varíola, teria ocorrido, por conseguinte, em função das suas sucessivas incursões, juntamente com as dificuldades que se tinha para combatê-la, que iam desde a falta de conhecimento específico da ciência médica a respeito da natureza da doença até a resistência e preconceito da população diante do uso da vacina como medida profilática.

Assim, diante do agravamento de tais problemas de saúde pública, na segunda metade do século XIX, a população da cidade de Belém assiste a uma intensa mobilização de diferentes setores da sociedade, que durante as sucessivas incursões epidêmicas daquele período, reuniram esforços diversos na tentativa de prestar todo tipo de socorro àqueles que eram acometidos pelo ímpeto das doenças que alteraram o estado ordinário das condições sanitárias da capital da Província, e simultaneamente desafiaram a ciência e testaram a “compaixão” e a “caridade” de todos que se viram direta ou indiretamente ameaçados pelo mal.

⁶⁴ *Relatório da Presidência do Pará apresentado a respectiva Assembléa Legislativa Provincial pelo Excelentissimo Senhor Vice-Presidente Barão de Arary. Em 1º de outubro de 1866.* Pará, Typographia do Jornal do Amazonas, 1866, p. 13. Disponível em: <www.crl.edu/content/brazil/para.html>. Acesso em: 27 out. 2005.

1.2. PODER PÚBLICO, SABER MÉDICO E O “COMBATE” ÀS EPIDEMIAS

Com o alvorecer da década de 1850 teve início como vimos, uma fase de significativa calamidade pública em Belém que se estenderia por quase toda a segunda metade do século XIX. Reinando majestosamente nesse período, a febre amarela em companhia da cólera e da varíola, foram fazendo suas vítimas ao mesmo tempo em que zombavam da medicina de antanho. Ao se instalarem por aquelas paragens, as epidemias puseram em cheque a eficácia do saber médico e das políticas públicas empregadas para conter o seu avanço em toda a Província do Pará, e despertaram um debate que só se resolveria em fins dos oitocentos com o desenvolvimento da teoria microbiana de Pasteur⁶⁵.

Como ainda não se conhecia a natureza de grande parte das doenças que ameaçavam toda a sociedade, as medidas utilizadas pelo governo para prevenir ou evitar o agravamento dos flagelos variaram de acordo com as diferentes teorias médicas em voga na época. Ao longo dos oitocentos, a necessidade de entender a etiologia daquelas enfermidades trouxe à tona um acirrado debate entre os esculápios, que se dividiam entre as premissas da **teoria infeccionista**, segundo a qual, estavam na infecção, provocada pelas alterações do ar atmosférico, os agentes causadores do flagelo; e a **teoria contagionista**, que defendia a tese da transmissibilidade das doenças através do contágio de um indivíduo a outro. De acordo com o *Dicionário de Medicina Popular* de Napoleão Chernoviz⁶⁶, naquele momento, definia-se infecção como sendo “a ação exercida na economia por miasmas mórbidos”, enquanto que o contágio, implicava na transmissão da doença através do contato físico de um indivíduo com outro enfermo⁶⁷.

Assim à notícia de uma nova epidemia, alguns questionamentos eram repetidos entre a classe médica provincial. Qual a origem das doenças que por ali se estabeleciam? Como elas se propagavam? Seria através da infecção ou do contágio? Como fazer para combatê-las? Velhos questionamentos! Velhas respostas! Isso quando havia respostas.

⁶⁵ SCLIAR, Moacir. op. cit.; UJVARI, Stefan Cunha. op. cit.; VIGARELLO, George. op. cit., dentre outros.

⁶⁶ O *Dicionário de Medicina Popular* de Napoleão Chernoviz, foi um dos mais divulgados e utilizados na sociedade oitocentista.

⁶⁷ CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de Medicina Popular* apud CHALHOUB, Sidney., p. 64 e 169.

Por conta dessas dúvidas, por toda a quadra epidêmica, a saúde pública esteve à mercê da força oculta das moléstias que por diversas razões encontraram principalmente na capital do Pará um campo propício para o seu desenvolvimento.

1.2.1 Atrás da barca o “gérmen do mal”

Seguindo os postulados da contagiosidade, de acordo com Quim Bonastra, existiam duas formas de transmissão das doenças. O contágio imediato ou vivo, que ocorria quando a moléstia era transmitida diretamente de um indivíduo a outro, e o contágio mediato ou morto no qual a doença se transmitia através do efeito do enfermo, ou seja, o toque ou a aproximação mínima, de tudo que havia entrado em contato com ele⁶⁸. Dessa forma, pelo discurso da transmissão, a propriedade contagiosa das doenças epidêmicas proporcionava a elas o potencial de deslocar-se facilmente de um lugar a outro, explicando assim, a rápida contaminação e o perigo que representavam à saúde pública.

Porém, como não se conhecia meios terapêuticos eficazes que pudessem combater o mal, restava aos cotagionistas estabelecer um sistema de medidas profiláticas que implicava principalmente numa intensa fiscalização do movimento portuário das cidades, controlando o embarque e o desembarque dos navios que ali atracavam, visto que ao transitarem de um porto a outro, acreditava-se que podiam trazer consigo o “o germén do mal”.

No Rio de Janeiro, de acordo com Sidney Chalhoub, alguns esculápios da Junta Central de Higiene Pública, influenciados por exemplos da literatura médica da época, mostravam-se convencidos de que a transmissão da febre amarela ocorria por meio de navios contaminados que ao entrarem em contato com a cidade propagariam a moléstia⁶⁹. Concepção está que também comungavam alguns esculápios em Belém, especialmente no tempo das epidemias de febre amarela e cólera, na medida em que tudo levava a crer que essas doenças teriam desembarcado na cidade via barca *Pollux* e galera *Defensor*, respectivamente.

“No dia 21 do mes de janeiro [1850] tinha entrado para o ancoradouro desta cidade a barca dinamarquesa Pollux [...] vinda de Boston pelo Rio de Janeiro e Pernambuco

⁶⁸ BONASTRA, Quim. Inovaciones y continuismo las ccepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX. Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social. *Scripta Nova. Revista Electrônica de Geografia y Ciências Sociales*. Universidad de Barcelona, v. 35, n. 69, 2000, p. 3. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-35.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

⁶⁹ CHALHOUB, Sidney. op. cit, p. 67, ver também CORBIN, Allain. op. cit.

[...] quando essa barca chegou a esse porto não se sabia que a febre já grassava em Pernambuco [...]. Ao mesmo tempo entrou a charrua Pernambucana e atracou no porto de Pernambuco, de onde esteve alguns dias. Portando esses dois navios cartas de saúde limpas foram admittidos livre pratica”⁷⁰.

Cinco anos depois semelhante fato se repetia. Informando a respeito da galera *Defensor*, o Provedor de Saúde do Porto, Dr. Camilo José do Vale Guimarães, assim descrevia.

“[...] tendo me dado parte o Secretario dessa repartição de ter impedido o mesmo navio em função de haverem fallecido trinta e cinco colonos, fui immediatamente examinar a dita galera, e reconheci que estes infelizes não fallecerão de molestia alguma de carater maligno ou contagioso [...], [...] desembarcei a dita galera, dando lhe neste porto livre pratica”⁷¹.

Apesar da distância temporal que separa as epidemias de febre amarela e cólera na capital da Província do Pará, podemos observar no entanto, que embora se reputasse que as enfermidades acompanhavam os navios que encostavam no porto da cidade, os serviços sanitários realizados ali eram falhos e diminutos, já que no momento de sua chegada, aquelas embarcações não teriam sido devidamente inspecionadas pelas autoridades que se ocupavam das condições sanitárias do porto.

Antes que a tripulação e o carregamento desembarcassem, os navios deviam ser vistoriados, observando-se o estado de higiene em que se encontravam bem como obrigados a mostrar carta de saúde limpa. Como enfatiza Bonastra, estas cartas de saúde consistiam numa patente imputada as embarcações que atestavam a sua salubridade, constando ainda o nome do capitão, dos tripulantes e dos passageiros, além de informar sobre a natureza dos produtos transportados e a origem e escalas realizadas durante o trajeto da viagem. Completava ainda o autor que ...

“cualquer barco que no tivera patente limpia o cuya tripulación o mercancia no se adecuara a la referida em su patente, así como aquel que presentasse casos de enfermedades consideradas contagiosas podía ser inmovilizado entes de su entrada en el puerto y, en el caso de querer desembarcar, debía cumplir la cuarentena”⁷².

⁷⁰ Offício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. APEP.

⁷¹ Offício da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 jan/jul. Documento nº 53 anexo. APEP

⁷² BONASTRA, Quim. op. cit. p. 3

Porém, na contra mão do que deveria ser seguido, tanto a *Pollux* quanto a *Defensor*, receberam livre prática para desembarcar sem serem submetidas a uma observação mais detalhada que pudesse ir além daquilo que lhe era verossímil. No que se refere à primeira, por mais que se tivesse em Belém, segundo Britto e Cardoso, a informação de que na Bahia a febre amarela grassava preferentemente entre os homens do mar⁷³ – o que também explica a atenção voltada para o movimento do porto – a falta de informação sobre a existência da doença em Pernambuco, a omissão do fato pelo capitão da embarcação que portava carta de saúde limpa⁷⁴, somada a falta de estrutura e organização desse serviço, visto que em casos de imposição da quarentena aos navios, estes deveriam ser encaminhados a um lazareto⁷⁵ que ainda estava por ser construído na Ilha de Tatuoca⁷⁶, acabaram proporcionando o contato da referida barca com a cidade.

Quanto a *Defensor*, a situação não era muito diferente, pois como ressalta Jane Beltrão, a atitude tomada pelo Dr. Camilo Guimarães demonstrava “a impossibilidade de cumprir as normas de saúde, especialmente as quarentenas, sobretudo levando em consideração a difícil situação dos passageiros”⁷⁷. Contudo, não se pode esquecer que o pouco cuidado em diagnosticar o mal que acometia os tripulantes daquela embarcação, demonstrava mais uma vez o quanto era sem vigor os cuidados sanitários no porto, já que faltava até mesmo ao seu Provedor de Saúde, como aos demais médicos da Província, conhecimento específico sobre as doenças contra as quais deveriam acautelar-se⁷⁸.

⁷³ BRITTO, Rubens da Silveira; CARDOSO, Eleyson. op. cit, p. 19.

⁷⁴ Portando carta de saúde limpa, para escapar à quarentena, o capitão da barca *Pollux*, deixou de informar às autoridades sanitárias da Província a existência de febre amarela em Pernambuco. Cf. nota nº 15. Ver também VIANNA, Arthur. op. cit., p. 35; BRITTO, Rubens da Silveira; CARDOSO, Eleyson. op. cit.

⁷⁵ Por lazareto pode-se entender como um “edifício isolado, destinado a receber em quarentena pessoas e desinfetar objeto, proveniente de um lugar onde reina moléstia epidêmica”. NASCENTE, Antenor. Dicionário de Língua Portuguesa apud BRITTO, Rubens da Silveira; CARDOSO, Eleyson. op. cit, p. 33.

⁷⁶ Ilha localizada em frente a cidade de Belém, para onde foram levados grande parte dos navios que eram postos em quarentena durante as epidemias de febre amarela e varíola.

⁷⁷ BELTRÃO, Jane Felipe. op. cit., p. 82.

⁷⁸ No tempo das epidemias que se desenvolveram no período imperial, faltava também aos médicos da Junta Central de Higiene no Rio de Janeiro e aos demais da Comissão de Higiene Pública da Província do Pará, conhecimento acerca da origem e do modo de transmissão das enfermidades, visto que até meados do século XIX como bem afirmara Licurgo dos Santos Filho, a medicina no Brasil, pouco havia evoluído desde o século XVIII, quando “observa-se e trata-se sem maiores indagações”. SANTOS FILHO, Licurgo. Medicina no período Imperial. *História Geral da Civilização Brasileira*. O Brasil Monárquico – Reações e Transações. v. 3, tomo 2, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997, p. 467-489.

A tais problemas de fiscalização portuária, também se explicava provavelmente a informação que em 1855 repassava à Presidência da Província, o Dr. Augusto Thiago Pinto, na época, Presidente Interino da Comissão de Higiene Pública, ressaltando o seguinte.

“Acaba de ser-me comunicada a desagradavel noticia de que no vapor Tocantins chegaraõ do sul uma mulher e uma filha enfermas de bexigas e que estaõ residindo na rua das Flores desta cidade.

Apresso-me a levar este grave acontecimento ao conhecimento de V. Ex^a., a fim de que se digne com as mais prontas providências fazer evitar a propagaçaõ de um flagelo taõ devastador como soe ser nesta infeliz capital e provincia um contagio de variola”⁷⁹.

Como enfatizamos anteriormente, há muito já se fazia sentir em Belém a presença opressora da varíola, e ao longo do século XIX vários foram os surtos da doença ali registrados. Em 1855 ela não chegou a se manifestar, mas o terror vivido com a cólera naquele ano, além do caráter altamente contagioso da doença que podia facilmente ser transmitida de um lugar a outro ou de uma pessoa a outra, deixou também em alerta a autoridade sanitária, que sinalizando a possível presença da doença atentava ao mesmo tempo para mais um suposto descuido daqueles que deveriam zelar pela salubridade do porto, visto que duas prováveis bexigosas que por ali passaram, já haviam entrado em contato com a terra e já estariam até residindo na cidade.

Conforme destaca Alisson Eugênio, o medo que se tinha de uma epidemia de varíola estava relacionado às amplas dificuldades para combatê-la e aos poucos recursos para preveni-la e remediá-la⁸⁰. Sendo assim, à luz da teoria do contágio, restava então como meio mais indicado para evitar que esta e as demais doenças epidêmicas se propagassem, o isolamento dos doentes através da quarentena.

A partir do momento em que as moléstias entram em sua fase de recrudescimento, a recomendação da quarentena passa a ser generalizada nos lugares onde as epidemias grassavam. Medida esta que causou muita polêmica, e dividiu também a opinião médica na Província do Pará. Antes do episódio que teria dado início a cólera, o já conhecido Dr. Camilo José do Valle Guimarães, se mostrava enfático em afirmar a respeito daquele meio profilático

“[...] que supposto haja opiniaõ em contrariedade [...] contudo, sempre deve haver a quarentena, que quando não tenhaõ maior utilidade, servem para sossegar o espirito

⁷⁹ Offício da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 dez. Documento n° 305. APEP.

⁸⁰ EUGÊNIO, Alissom. op. cit., p. 216.

do povo [...] e nestes termos [...] deve continuar [...] não só nos portos que ainda houver as febres [...] como nos portos onde não houver a epidemia [...]⁸¹.

Ainda que alguns facultativos acreditassem que o isolamento dos doentes por via da quarentena fosse o melhor meio profilático a ser empregado para evitar o possível contágio epidêmico e, conseqüentemente o aumento do número de enfermos, a defesa apresentada pelo Provedor de Saúde do Porto em relação à quarentena, despertava por outro lado, diversos questionamentos quanto a essa medida, pois havia quem afirmasse que ela inibia as atividades comerciais na cidade. Não obstante, a deficiência da fiscalização portuária durante as epidemias, ao serem suspeitas de contaminação, as embarcações providas do exterior, de outras Províncias do Império ou até mesmo do interior do Pará, não recebiam autorização para desembarque, sendo isoladas em quarentena para eventual desinfecção, o que comprometia o comércio feito através do porto da cidade.

Dessa forma, outros médicos da Comissão de Higiene da Província, assim se posicionavam quanto ao assunto.

“[...] por muito salutareis que sejam as quarentenas e desinfecções a que se sujeitem os navios procedentes de portos infectados por molestias pestilenciais, entre nós, por enquanto são impraticáveis [...]; por quanto não havendo ainda nesta Província um lazareto [...]. E se com essa falta não se pode tornar effectiva a desinfecção do casco e carregamento do navio, insufficiente se torna além de inutilmente vexatoria para o commercio e passageiros, a simples demora do navio defronte ou abaixo da Fortaleza da Barra para obstar a importação dos elementos pestíferos [...]⁸².”

Por trás desse discurso de que a quarentena seria prejudicial ao comércio, Sidney Chalhoub, citando um artigo clássico de Erwin Ackerknecht a respeito da repercussão da quarentena em meados do século XIX na Europa, mostra que havia uma série de fatores políticos e sociais que procuravam justificar que essa prática, além de vexatória como ressaltavam os facultativos, seria também irracional, pouco científica e antiquada. Na visão de Ackerknecht, destacada por Chalhoub, ao prejudicar os interesses econômicos de grupos de comerciantes e industriais, a quarentena assinalava através da burocracia, o poder e o controle do Estado sobre as atividades econômicas, o que despertava a insatisfação daqueles que se valiam do livre comércio. Daí então que, longe de apenas suscitar um debate teórico-científico, o posicionamento assumido e as medidas propostas para combater as epidemias

⁸¹ Ofício da Provedoria da Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 142. Pasta 1850. Documento nº 10. APEP.

⁸² Ofício da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 out. Documento nº 214. APEP.

pelos médicos estavam condicionados, na verdade, pela situação social de cada um, assim como também por sua experiência de vida e, principalmente, pelas relações político-econômicas firmadas por eles⁸³.

Por outro lado, a prática do isolamento dos doentes, fossem eles marítimos ou terrestres, através da quarentena e dos lazaretos, significava ainda, lançar mão de recursos que o Estado nem sempre dispunha, o que também ajuda a entender a debilidade em fiscalizar e vistoriar os navios, fazendo assim com que a quarentena representasse mais uma prática vexatória, ou ainda um instrumento de controle do comércio, do que uma medida sanitária propriamente dita⁸⁴.

Isso talvez explicaria o fato, de que mesmo diante do receio e do terror que se propagava por conta da calamidade causada pelas epidemias, alguns setores da sociedade sentindo-se prejudicados com os meios apresentados pelo contagionismo para conter a força das enfermidades, acabaram fortalecendo a tese sustentada pelos anticontagionistas, de que não havia transmissibilidade das moléstias entre as pessoas, já que a contaminação, seria resultante da infecção do ar pelos eflúvios dos miasmas mórbidos.

1.2.2 Os miasmas e a infecção do ar atmosférico

Refutando a propriedade contagiosa das pestes que incessantemente avançavam sobre a população, a teoria infeccionista afastava portanto, qualquer possibilidade de importação das doenças, via os navios que atracavam no porto da cidade. Segundo George Vigarello, quando no século XVIII, o homem modifica sua postura frente aos elementos físicos, ao modo de habitar os espaços e de neles conduzir os fluxos, surge naquele momento, também influenciado pelos princípios da infecção, uma grande preocupação com a qualidade do ar, que se pretendia puro, tornando-se para isso imprescindível a circulação do mesmo, assim como também a condenação dos espaços que fossem herméticos, vistos como produtores do “mau ar”⁸⁵. Com isso, na visão dos adeptos da infecção, o que levava ao desenvolvimento das doenças nos navios, era o fato de serem eles, espaços fechados, com um demasiado acúmulo de pessoas e quase sempre sem condições mínimas de higiene, tornando-se desse modo, focos

⁸³ CHALHOUB, Sidnei. op. cit., p. 170 e 171.

⁸⁴ Sobre essa relação do poder do Estado e as medida profiláticas do contagionismo, ver BONASTRA, Quim. op. cit.

⁸⁵ VIGARELLO, George. op. cit., p. 147-162.

de doenças devido à promiscuidade do seu ambiente e não, os meios de propagação das mesmas de um lugar para outro.

Durante a epidemia de cólera, por exemplo, os Drs. José Malcher e Camilo do Vale Guimarães, divergindo do restante da Comissão de Higiene, assim procuravam justificar a origem infecciosa da cólera em detrimento de sua possível contagiosidade.

“[...] a falta de chuvas cotidianas, o excessivo calor proveniente do verão permanente, [...] a falta repentina de carne verde [...], além dos pantanos, que circundam a nossa capital, principal origem dos nossos males. Do que acabamos de expandir, concluímos, que não foi a galera Defensor, a importadora do flagelo, que tem dizimado a nossa população, e por que custa a compreender, que fosse ela somente a escolhida para trazê-la, quando muitos outros navios, provenientes do mesmo porto, e não infeccionados, e que partirão na mesma ocasião o não levarão para a Província, para onde se encaminharão”⁸⁶.

Pelo que fica exposto pelos Drs. Malcher e Guimarães podemos observar que para esses defensores da natureza infecciosa da cólera, não havia nenhuma relação entre a chegada da galera Defensor, o mal que acometia a sua tripulação e a doença que se desenvolvia em Belém, já que ela seria endêmica e, por conseguinte ocasionada por fatores físicos, como as alterações climáticas e as características topográficas da cidade, cortada e circundada por uma grande quantidade de pântanos, além dos fatores sócio-econômicos, como a má alimentação da população, motivada pela crise de abastecimento gerada pela epidemia.

Segundo Allain Corbin, o pântano designava “lugar de estagnação e acumulação por excelência [...], onde se multiplicavam restos vegetais em fermentação, dejetos orgânicos e cadáveres de animais, suscitando nesse sentido, um desprendimento de eflúvios putrefeitos que ameaçavam a saúde humana”⁸⁷.

Assim, no que tange à concepção infeccionista, as *constituições epidêmicas*⁸⁸ que reinavam em diversas localidades da capital e do interior da Província do Pará, eram vistas

⁸⁶ Ofício da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1855 ago. Documento nº 142 anexo. APEP.

⁸⁷ CORBIN, Allain. op. cit., p. 49.

⁸⁸ O conceito de *constituição epidêmica* foi muito propagado por Thomas Sydenham no século XVIII, que embora fundamentado na medicina hipocrática da Antiguidade, a qual relacionava o aparecimento das epidemias com as circunstâncias geográfico-atmosféricas, buscava estabelecer uma concepção mais dinâmica acerca do corpo e da doença. Conforme Dina Czeresnia, a constituição epidêmica era considerada por Sydenham como “peculiar a um certo intervalo de tempo – o ano – influenciando o caráter de todas as epidemias que ocorressem naquele período e determinando suas características e sintomas”. Rita de Cássia Barata por sua vez, explicita bem essa concepção utilizando-se das palavras do próprio Sydenham. “Há diferentes constituições em diferentes anos. [...] elas dependem de certas misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da Terra. Pelos seus eflúvios a atmosfera torna-se contaminada e os organismos dos homens são predispostos e determinados. Se as

como decorrentes das condições ambientais peculiares da cidade propícias ao seu desenvolvimento, pois as altas temperaturas e as chuvas constantes corrompiam o ar atmosférico propagando os miasmas pestilenciais emanados da putrefação de materiais orgânicos vegetais e animais que juntamente com a falta de higiene da população que se acumulava nas áreas urbanas consideradas insalubres e hostis à saúde humana, geravam a infecção.

De acordo com Anna Eduardo e Angela Ferreira, os discursos higienistas dos que faziam uma apologia à infecção, “[...] justificaram mudanças tanto na estrutura física dos espaços da cidade como nas habitações e nos costumes dos indivíduos”⁸⁹. Fatores que na década de 1850 podiam ser observados em algumas das providências apresentadas no relatório da Comissão de Salubridade Pública da Província.

“1º. Ser limpo o litoral da cidade, principalmente as doccas aos lados da Ponte de Pedra e do Ver-o-peso [...].

[...]

3º. Serem limpas e esgotadas as valas das estradas de São José, Arsenal, Mongubeiras e intermediarias [...].

4º. Ser proibido a qualquer particular [...] deixar obstruídas ou fazer represa das águas debaixo de qualquer pretexto que seja.

5º. Limpar os poços públicos [...].

6º. Serem destruídos os monturos existentes em diversas praças e ruas da cidade [...].

[...]

9º. Aterrar-se os terrenos particulares existentes dentro dos novos cais do Imperador e da Imperatriz.

10º. Convidar-se todos os cidadãos a caírem o interior de seus domicílios, e a conservarem no maior aceio as suas casas, e especialmente os quintais.

[...]”⁹⁰.

entranhas da Terra, sob várias alterações e vapores que exala, contaminam o ar, [...] a verdade é que em um certo momento, o ar é material cheio de partículas que são hostis à economia do corpo humano em outras vezes, ele está impregnado com partículas provenientes da desagregação dos corpos de diferentes espécies de animais selvagens. Sempre que recolhemos com nossa respiração, tais miasmas nocivos e naturais, misturando-os ao nosso sangue, caindo em doenças epidêmicas que eles são aptos em engendrar, a natureza chama a febre como seu instrumento usual para expelir do sangue qualquer material hostil que possa emboscá-lo. Essas doenças são usualmente chamadas epidêmicas”. Cf. BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, jan/fev, 1987, p. 9-15; CZERESNIA, Dina. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. *Revista História, Ciências, Saúde*. v. VIII n. 2, jul-ago, 2001, p. 341-356.

⁸⁹ EDUARDO, Anna Rachel Baracho; FERREIRA, Angela Lúcia de Araújo. As Topografias Médicas no Brasil do início do século XX: aportes históricos ao estudo da relação do meio ambiente e sociedade (o caso de Natal – RN). p. 2. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro/segundo/Papers/GT/GT16/gt16_anna_rachel.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2005.

⁹⁰ Jornal *Treze de Maio*, n. 79, 09/11/1850, p. 2. GLRP.

Buscando agir diretamente sobre os possíveis focos de doenças, a Comissão de Salubridade, estabelecia um conjunto de regras de higiene que visavam dentre outras coisas, sanear os espaços públicos e privados da cidade e também regularizar os hábitos e o modo de vida de seus habitantes. Pelas medidas propostas, nota-se mais uma vez que um dos principais problemas em Belém era estabelecer a limpeza dos lugares vistos naturalmente como produtores de miasmas, os quais eram em geral, identificados pela concentração de águas estagnadas e/ou pelo acúmulo de sujeiras que promoviam uma eventual corrupção do ar atmosférico, tornando-os assim, um perigo à saúde pública.

Logo, não havia como negar que a cidade reclamava melhores condições sanitárias, sobretudo, em função do desequilíbrio entre a sua organização espaço-geográfica e as condições sócio-econômicas de seus moradores, porém, a grande preocupação existente naquele momento era com o restabelecimento da saúde pública e conseqüentemente a manutenção do estado sanitário da Província e da capital, pois a eles se atribuía o seu grau de progresso e civilização, e para isso, se valeram os doutores em medicina tanto dos postulados do contágio quanto da infecção.

Vale ressaltar então, que mesmo considerando a idéia de infecção, não é possível enquadrar nenhum dos médicos da Comissão de Higiene Pública, como infeccionistas ou contagionistas, já que no transcurso das epidemias os seus posicionamentos ora inclinavam-se mais para a infecção ora para o contágio. O Dr. Camilo Guimarães, por exemplo, mesmo apostando ser a cólera infecciosa, chegou a defender como vimos, a prática da quarentena. Enquanto que o Dr. Malcher por sua vez, no tempo da epidemia de febre amarela chegou a afirmar, por um lado, que “as pessoas que viviam a bordo das embarcações ou que habitavaõ as casas situadas a beira mar” estavam mais propensas a contrair a febre amarela “[...] do que os habitantes do interior da cidade, e ainda menos os de certos sitios, aqui geralmente conhecidos como muito saudaveis [...]”, posto que “[...] se conhece que no mar ou a beira mar sempre a atmosfera existiu mais soterrada de miasmas produtores da febre amarela do que no interior da cidade, e quase nada nos sitios ja refferidos [...]”.

Mas por outro lado, considerava ser mister que as tripulações dos navios ao serem desembarcadas em Belém habitassem temporariamente uma casa espaçosa

“[...] situada a um dos sitios já citados, onde por meio da policia se poderá conseguir que viva sobriamente para que tais indivduos não se entreguem aos variados e

accostumados excessos a que se dão [...], o que sem duvida tem muito concorrido para serem as vítimas fatais do terrível flagelo [...]"⁹¹.

Por mais que ficasse explícito no discurso médico a necessidade da higiene coletiva e o ar fosse apontado como um dos grandes fatores patogênicos, nota-se também que os hábitos pregressos de determinados segmentos da sociedade, em especial os “homens do mar”⁹², deveriam ser controlados, já que dados a “excessos” costumeiros, sob o olhar clínico e moralista da medicina, eram reputados como nocivos ao bem estar do corpo físico e social.

Idéia esta que paulatinamente foi estendida à pobreza urbana, quando ao longo do século XIX registrou-se um acúmulo cada vez maior da população mais pobre que residia em áreas consideradas insalubres, transformando-os numa ameaça à saúde pública, devido principalmente, ao seu modo de vida quase sempre marcado pela falta de hábitos de higiene que deveriam prevenir doenças e assegurar a saúde. Fato que segundo Vigarello, levou “[...] tanto a assistência, como a disciplina social, adquirirem outro relevo”, pois “[...] ao proteger a saúde de alguns, e também ao obsequiar, sobretudo, os deserdados [...]”, o Estado “[...] conseguirá proteger melhor a saúde de todos”, combinando então, naquele instante, auxílio protetor e vigilância autoritária que caracterizaria a política higienista de fins dos oitocentos⁹³.

1.2.3 A teoria social das enfermidades

Fundamentado principalmente na concepção de higiene pública surgida a partir da teoria miasmática, o esquema de “medicalização” do higienismo apresentava uma nova abordagem aos problemas de saúde da população e, colocava mais do que nunca em evidência uma medicina, cujos mecanismos de assistência designavam um sistema de controle e vigilância do indivíduo enfermo e de suas fraquezas morais. Demonstrado por Michel Foucault, como um modelo militar de purificação, a medicina encontraria ali mais uma forma de expressar todo o seu poder político, através de uma análise minuciosa e individualizante

⁹¹ Ofício da Provedoria da Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855, Caixa 141, Pasta 1850. Documento nº 1. APEP.

⁹² De acordo com Paulo Miceli, a “gente do mar” sempre foi vista “como pessoas de poucas virtudes”, inumanas e inclinadas a maus comportamentos. Cf. MICELI, Paulo. *O ponto onde estamos: viagens e viajantes na história da Expansão e da Conquista, Portugal, séculos XV e XVI*. 3ª ed., Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1998, p. 120.

⁹³ VIGARELLO, George. op. cit., p. 165.

das condições de saúde dos habitantes da cidade, subjugados ao olhar permanente e controlador do médico⁹⁴.

Assim, durante a epidemia de varíola em 1884 foram estabelecidos em cada distrito da Capital⁹⁵, Médicos Vacinadores que deveriam identificar e combater, sobretudo, através da vacina e da sistematização da higiene pública, os possíveis focos de bexigas existentes em Belém e ao mesmo tempo levar auxílio aos variolosos mais necessitados, cujas condições de vida precária os caracterizavam como a porta de entrada das doenças. Encarregado do tratamento dos variolosos pobres do Reduto⁹⁶ e suas imediações, o Dr. Euphrozino Pantaleão Nery, relatava ao então, Presidente da Província Visconde de Maracujú, o estado sanitário dos moradores daquela área da cidade, destacando ...

“[...] o estado de imundice em que existe nos lugares em que esses individuos moraõ, pois que a maior parte de suas habitações são cubiculos ou casebres de madeira construidos sobre jiraus por cima de pantanos. Estas habitações não tem esgoto nem escoamento para as aguas pluviais por se acharem em lugares baixos, de sorte que os seus moradores vivem cercados de lama, devido a estagnação das aguas.

[...]

Muitas das casas das pessoas que têm meios estaõ tambem por cima de pantanos, e quando o rio enche, ficaõ cheios d’agua que passaõ por baixo do soalho delas e quando vasa, as aguas retirando-se, deixaõ depositado materiais vegetais e animais alterados que contribuem para o mal estar de seus moradores.

Será preciso muito trabalho para a limpeza e desinfecção desta localidade para converte-la em um bairro sadio e salubre, a fim de que esta ou qualquer outra epidemia que por desgraça nos incite não ache elementos para se propagar e desenvolver livremente”⁹⁷.

Conforme salienta George Vigarello, seria através dos refugos da sociedade, tais como os refugos físicos aqui apresentados pelo médico do Reduto – como as imundícies, esgotos e a debilidade das habitações – somados aos refugos morais, que a noção de higiene pública agora se sustentava. Construída sobre a avaliação dos “flagelos sociais”, completava o autor,

⁹⁴ FOUCAULT, Michell. op. cit., p. 88 e 89.

⁹⁵ Desde 1833 a área urbana da Capital da Província do Pará estava dividida em quatro distritos, a saber: 1º da Cidade, Freguesia da Sé, 2º da Campina, Freguesia de Santa’Ana da Campina, 3º da Cidade Nova da Santíssima Trindade, Freguesia da Santíssima Trindade e o 4º Maguary, Freguesia de Benfica. Cf. CRUZ, Ernesto. op. cit., p. 108

⁹⁶ O Reduto correspondia, àquele tempo a uma área periférica da cidade de Belém, onde na década de 1880 registrou-se o maior de número de pessoas acometidas pela varíola.

⁹⁷ Ofícios da Comissão de Vacinação. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios, Ano de 1884. Caixa 405, Pasta fevereiro, Documento nº 7. APEP.

que a higiene via na miséria um meio de propagação da infecção, na medida em que enfraquecia os corpos tornando-os assim suscetíveis à fúria das doenças⁹⁸.

Fúria esta, que deveria ser controlada com a elaboração de diversos projetos de saneamento que atuariam nos espaços públicos e privados das cidades onde imperasse a pobreza e a falta de higiene e, conseqüentemente a dita infecção. Mas como manter tais projetos de saneamento, se o Estado não dispunha de recursos financeiros suficientes? No caso da varíola, a vacina surge então como uma alternativa a essa limitação do Estado, caracterizando mais uma medida desse sistema médico autoritário registrado a partir de fins do XIX.

Desde o final do século XVIII a prática da vacinação vinha sendo propagandeada na Europa como método mais eficaz de combate à varíola, e com o qual, observa novamente George Vigarello, alcança-se resultados positivos, pois os sintomas da enfermidade manifestavam-se em caráter benigno, alimentando “o ‘sonho’ de preservar populações inteiras vacinando coletivamente”⁹⁹. Antes de 1790 quando ocorre a descoberta da vacina, a medicina até então fazia uso da variolização com o intuito de combater a moléstia. Esta técnica consistia na inoculação do pus variólico no organismo humano saudável e, que ainda não tinha contraído a doença, era considerada perigosa, visto que facilmente poderia provocar uma epidemia caso fugisse ao controle, levando até à morte dos inoculados. Enquanto a vacina, por ser considerada uma técnica segura e controlada, permitindo inocular o doente sem entrar em contato direto com o vírus, logo foi largamente utilizada pelos médicos com o propósito de enfraquecer e eventualmente erradicar o flagelo, tornando-se assim prática obrigatória. Desse modo, Vigarello destaca ainda que a partir desse momento os facultativos passaram a julgar então, que os focos de proliferação da varíola só poderiam ser afastados com a universalização da vacina¹⁰⁰.

Vale ressaltar, que a vacina era uma doença extremamente contagiosa conhecida como a “bexiga das vacas” que se manifestava através da formação de pústulas nas tetas desses animais e que ao entrarem em contato com as úlceras das mãos contaminavam o homem, tornando-o resistente a varíola. A origem da profilaxia do “mal das bexigas” ocasionou concomitantemente o receio e o preconceito na sociedade, já que algumas pessoas não conseguiam compreender o processo de inoculação através da *cow pox*, que se acentuou ainda mais em virtude da obrigatoriedade da vacinação, que para Vigarello, significou uma pressão

⁹⁸ VIGARELLO, George. op. cit., p. 166.

⁹⁹ Idem, p. 168.

¹⁰⁰ Idem, ibidem, p. 169.

sofrida por todos os indivíduos que teriam que se submeter a um ataque físico para preservar tanto a sua saúde quanto a dos outros¹⁰¹.

Universalizando a vacina e lhe colocando no rol das medidas de higiene, consideradas necessárias a saúde coletiva, a intenção era sistematizar a medicalização vacinando um número maior de pessoas para evitar a propagação da doença. Porém, por diversas vezes tiveram os médicos que se deparar conseqüentemente, com a constante resistência da população não só ante a necessidade da vacina, mas também da revacinação, com a qual obtinha-se a linfa vacínica que seria utilizada na inoculação das demais pessoas. O Dr. Luciano da Silva Castro, médico encarregado da vacinação no 2º distrito da Capital, remetendo ao Visconde de Maracajú, o mapa de sua atividade na última semana de janeiro de 1884, observava que havia vacinado naquele período 124 pessoas; número considerado muito baixo, levando em consideração a movimentação comercial do 2º distrito da Campina e, que segundo ele, explicava-se, sobretudo, pela “[...] resistência geralmente oposta a revaccinação [...]”, contra a qual, completava ainda o médico, nada podia fazer¹⁰².

Naquele mesmo ano a Corte do Rio de Janeiro também enfrentava uma séria epidemia de varíola, e de acordo com Sidney Chalhoub, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos esculápios era conseguir revacinar os inoculados dentro do prazo médio de oito dias para se fazer a retirada do pus vacínico, visto que a repugnância demonstrada pela população à vacina os afastava dos postos onde encontravam-se os vacinadores. Isso fez com que o processo de vacinação se tornasse muito lento, incômodo e doloroso, pois muitos médicos acabavam extraindo a linfa diretamente do braço do vacinado para ser aplicada em outra pessoa que ainda não havia recebido¹⁰³.

Mas existia ainda uma preferência pela vacinação de crianças, das quais julgava-se extrair “boa” linfa vacínica. Em Belém, no serviço de vacinação do 3º distrito, o Dr. Euclides Alves Requião sustentava ser fundamental que o inspetor de quarteirão que deveria auxiliá-lo, conduzisse “[...] todos os dias uma criança vacinada, de domicilio em domicilio, facilitando por essa forma proceder a vacinação de braço a braço”¹⁰⁴.

Mesmo diante das irregularidades e limites da vacinação, este recurso não deixou de ser considerado por alguns facultativos como o meio profilático mais eficiente no combate a

¹⁰¹ Idem, *ibidem*.

¹⁰² Ofícios da Inspeção de Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios, ano: 1884, Caixa: 409, Pasta jan/fev, Documento nº 18. APEP.

¹⁰³ Cf. CHALHOUB, Sidney. *op. cit.*, p. 121.

¹⁰⁴ Ofícios da Inspeção de Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios, ano: 1884, Caixa: 409, Pasta jan/fev, Documento nº 11. APEP

variola. O Inspetor Interino de Saúde Pública do Pará, Américo Marques Santa Rosa, chegou até a afirmar que ...

“[...] ainda não se pode precisar os limites da contagiosidade da variola [...] porquanto a ciência ainda não descobriu agente capaz de neutralizar o vírus variolico, a não ser a vaccina. [...] Só a vaccinaçã e a revaccinaçã são capazes de fazer recuar a epidemia em sua marcha assoladora [...]. Sem contestar a necessidade da observancia dos preceitos gerais da higiene, recomendados em todas as epidemias, ainda uma vez repito: é só a vaccina que pode impedir os estragos da variola. Posto que não seja um preservativo absoluto, é fora de duvida que atacando os individuos vaccinados, a variola perde muito de sua virulencia.”¹⁰⁵.

Assim, ao longo da segunda metade do século XIX o saber médico renovou suas concepções e suas estratégias diante das epidemias que ameaçavam a saúde pública, mas não avançou em termos de conhecimentos etiológicos a respeito das doenças. A demasiada importância atribuída às quarentenas e a higienização dos espaços e dos indivíduos, sustentou por muito tempo uma sombra sobre a real compreensão da natureza da transmissão das enfermidades infecto-contagiosas.

1.3 A CARIDADE E OS SOCORROS À SAÚDE PÚBLICA

1.3.1 Socorrendo o corpo e salvando a alma

Consideradas, como vimos, os principais problemas de saúde coletiva em meados dos oitocentos, as epidemias registradas nesse período instauraram uma verdadeira calamidade pública, pondo em alerta toda uma sociedade que direta ou indiretamente se viu ameaçada pelos estragos causados a cada novo flagelo. Mesmo abalando a todos, a força das enfermidades, atingiu em especial a população mais pobre da cidade, que vivendo praticamente sem nenhuma condição sanitária, não raro esteve entre a maioria das vítimas da febre amarela, da cólera e da variola quando dos surtos ocorridos em Belém.

De acordo com Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, numa população em que a maioria “[...] subsiste nos limites da sobrevivência”, ao sinal de uma nova enfermidade, esta “[...] atinge inicialmente aos pobres. Mesmo quando as condições de sua difusão são em teoria

¹⁰⁵ Ofícios da Inspetoria de Saúde Pública do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios, Ano 1884, Caixa 409, Pasta jan/fev, Documento nº 12. APEP.

iguais”¹⁰⁶. Portanto, diante dessa situação, a pobreza enferma, vista como perigosa à manutenção da saúde de todos e, por conseguinte um dos focos de proliferação das doenças recebeu ao longo da quadra epidêmica uma atenção especial por parte do poder público e de alguns setores mais abastados da sociedade, cujo objetivo era promover o alívio do sofrimento de que padeciam os doentes mais necessitados e, ao mesmo tempo, assegurar o bem estar de toda a comunidade.

Assim, na medida em que o Estado, como foi exposto anteriormente, através das medidas sanitárias propostas pela Comissão médica, não fez mais do que indicar os meios emergenciais a serem utilizados para tentar evitar uma propagação maior das doenças, sustentando uma assistência precária e lacunar não só aos desvalidos e indigentes, mas a toda à população acometida pelas pestes, a Santa Casa de Misericórdia do Pará, por exemplo, foi levada a auxiliá-lo na difícil tarefa de bem assistir aos enfermos.

Embora, no curso da longa fase epidêmica, fosse possível encontrar discursos como o do Vice-Presidente do Pará João Maria de Moraes, que chegou a enfatizar que “[...] exemplos de dedicação a bem da humanidade não são raros na quadra calamitosa [...]”, já que a situação da Província não era pior graças a “[...] caridade que desenvolveu-se nesses dias de tão triste recordação”¹⁰⁷, Arthur Vianna, por outro lado, enfatiza também que ...

“a Santa Casa desempenhou saliente e importante papel nas medidas postas em prática pelo governo para debelar as epidemias, tarefas árduas, espinhosas e de não pequena responsabilidade, tomou ela sobre seus ombros, firme sempre no desempenho dos sagrados deveres da caridade”¹⁰⁸.

Marcada então, naquele momento, sobretudo pela comoção expressada frente ao sofrimento físico dos que eram atacados pelas moléstias epidêmicas, o exercício da caridade dispensado principalmente pela Santa Casa de Misericórdia, na segunda metade do século XIX, constituía um conjunto de ações que se apresentava de maneira extremamente ambígua, quando socorrer os necessitados e acudir os desvalidos deixava de ser apenas uma “virtude cristã” para se tornar também uma “virtude social”. Pois como salienta Sandra Caponi, ao

¹⁰⁶ REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O Corpo. O homem doente e sua história. *História: novos objetos*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995, p. 143.

¹⁰⁷ *Exposição apresentada pelo Exmº. Snr. Doutor João Maria de Moraes, 4º Vice Presidente da Província do Gram-Pará. Por ocasião de passar a administração da mesma Província ao 3º Vice Presidente o Exmº. Snr. Miguel Antonio Pinto Guimaraens*, Pará, Typographia de Santos e Filhos, 1855, p. 14. Disponível em: <www.crl.edu/content/brazil/para.html>. Acesso em: 13 ago. 2005.

¹⁰⁸ VIANNA, Arthur. *A Santa Casa da Misericórdia Paraense* – notícia histórica 1650-1902. Belém: Secult, 1992, p. 305.

preocupar-se com o bem-estar do outro que vive o infortúnio, motivado nesse caso pela doença, o suposto sentimento de compaixão, manifestado na prática da caridade, estaria de fato, instaurando um mecanismo de poder revestido de humanismo e, através do qual se legitimaria uma certa coerção das “pessoas caridosas sobre os infortunados”¹⁰⁹. Em outras palavras, a “piedade compassiva”, pressupõe a desigualdade, a dívida e a gratidão do beneficiado para com o seu bem-feitor, sem contudo, deixar de designar também, como ressalta Michel Mollat¹¹⁰, “um laço entre o céu e a terra” tanto para aquele que a recebe quanto para aquele que a pratica, posto que a ela estava condicionada a salvação da alma dos mais privilegiados.

O sofrimento físico causado pelas epidemias reclamara, por conseguinte, cuidados com o corpo, da mesma forma em que levava a exigências espirituais que apoiadas no exercício cristão da caridade, dentre outras coisas, inspiravam a preocupação com as Obras de Misericórdia que fundamentavam as funções sociais desenvolvidas pela Santa Casa. Obrigada a seguir o Compromisso¹¹¹ que desde o século XVII regia as suas congêneres portuguesas, a Santa Casa de Misericórdia do Pará, como as demais, possuía funções sociais baseadas na doutrina das sete obras de misericórdia do Evangelho cristão, organizadas em obras espirituais e corporais, e dentre as quais a assistência aos males do corpo era uma das principais preocupações¹¹².

No que se refere às obras corporais, estas consistiam em:

1. alimentar os famintos;
2. dar de beber a quem tem sede;
3. curar os enfermos;
4. vestir os nus;

¹⁰⁹ CAPONI, Sandra. op. cit., p. 17. Ver também EUGÊNIO, Alisson. op. cit.

¹¹⁰ Mollat, Michel. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1989, p. 43.

¹¹¹ Caracterizado por um forte tradicionalismo cristão, o Compromisso preservava o caráter religioso da Irmandade da Misericórdia e, correspondia ao estatuto da mesma, através do qual se estabelecia toda a sua estrutura de funcionamento e de organização. O Compromisso de 1618, da Misericórdia de Lisboa, deveria ser seguido por todas as demais Misericórdias criadas no reino português e nos limites de seu domínio colonial. Mas, que nem sempre se adequava à realidade local em que as irmandades se instalavam. Cf. RUSSEL-WOOD, A.J.R. *Fidalgos e Filantropos – a Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Brasília: Ed. Unb, 1981; Vianna, Arthur. op. cit.

¹¹² Evangelho de Mateus, 25: 31-46. Nesta passagem da Bíblia, segundo Michel Mollat e Isabel dos Guimarães Sá, os homens da Idade Média se fundamentaram para apurar a “doutrina das sete obras de misericórdia”, as quais suscitaram ainda uma reflexão cuidadosa sobre a pobreza e a caridade. Ver MOLLAT, Michel. op. cit., p. 88; SÁ, Isabel dos Guimarães. Práticas de caridade e salvação da alma nas Misericórdias metropolitanas e ultramarinas (séculos XVI-XVII): algumas metáforas. *Revista Oceanos – Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa, n. 35, jul/set, 1988, p. 43.

5. visitar os presos e resgatar os cativos;
6. abrigar os desamparado;
7. enterrar os mortos.

Porém, tais obrigações apontadas como práticas de caridade, longe de representar a preocupação dos mais abastados diante das dificuldades enfrentadas pelos desvalidos da sorte, significavam na verdade, mais um “exercício da virtude [individual]... do que uma prática de alívio dos miseráveis”¹¹³, visto que para os dispensadores da graça, as Misericórdias significavam, de acordo com Antonio Hespanha, um *locus* de prestígio político que do ponto de vista formal implicava numa acentuada ritualização da caridade em festejos e cerimônias litúrgicas e, do ponto de vista social representava uma rigorosa seleção daqueles que estariam aptos a participar de tais ostentações públicas da caridade¹¹⁴.

O Compromisso da Santa Casa de Misericórdia do Pará de 1854, em seu Capítulo 1º, onde descrevia o modo como era admitido um irmão de Misericórdia, número e suas qualidades, deixava claro no artigo 2º as atribuições necessárias a um candidato a “irmão”.

“[...]”

§ Professar a religião Catholica, Apostolica, Romana: ser morigerado, de bons costumes e caritativo;

§ Ter vinte e cinco annos completos de idade;

§ Saber ler, escrever e contar;

§ Ter meios de decente e, de segura subsistencia, de maneira que possa accudir ao serviço da irmandade sem cair em necessidade, e sem suspeita de se aproveitar do que correr pelas suas mãos”¹¹⁵.

Formada então, por “homens de boa fama”, a Irmandade da Misericórdia determinava ainda que estavam entre as obrigações dos “irmãos”, o comparecimento aos chamados solenes do Provedor¹¹⁶, como também nos festejos realizados em homenagem a sua Padroeira – Santa

¹¹³ HESPANHA, Manuel Antonio. *Revista Oceanos – Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa, n. 35, jul/set, 1988, p. 5. Ver também CAPONI, Sandra. op. cit.

¹¹⁴ Idem; ver também BOXER, Charles. *O Império Marítimo Português (1415-1825)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 286.

¹¹⁵ PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa da Misericórdia, substituindo-o por outro. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XVI, Parte 2ª, 1854, p. 64. APEP.

¹¹⁶ Conforme o Compromisso de 1854, o Provedor deve ser “uma pessoa de reconhecido mérito e caritativo”, é a primeira autoridade da irmandade, preside as Mesas Administrativas e Conjuntas, das quais faz parte da primeira com mais outros cinco mesários e da segunda, composta pela Mesa Administrativa e mais seis definidores. Idem, p. 85.

Izabel, nas procissões de Semana Santa e assistir aos enterramentos dos “irmãos” que faleceram¹¹⁷.

Esta última, difícil de cumprir em épocas de epidemia. Em fevereiro de 1851, lia-se nas páginas do jornal *O Publicador Paraense*, que no dia 13 daquele mês por volta das 7 horas da manhã morrera o Major de 2ª Linha Clemente Toscano de Vasconcelos, descrito pelo redator como homem probo e ilustre irmão de Misericórdia, e cujo enterramento ficaria registrado como um dos fastos da Santa Casa de Misericórdia naquele ano. De acordo com o jornal ...

“[...] a bruta tumba do respectivo hospital foi mandada por quatro negros a casa do defunto irmão completamente desacompanhada de outra qualquer formalidade religiosa; e do estupendo numero de irmãos apenas tres compparecerão [...] para conduzirem os restos mortais do venerando paraense, que em casos identicos tantos exemplos de sollicitude e caridade nos havia dado”¹¹⁸.

Se lembrarmos que no início do ano de 1851 a varíola reinava em caráter epidêmico entre os paraenses, e ainda era possível encontrar alguns casos de febre amarela na cidade de Belém, podemos supor que a falta de cumprimento dos ritos fúnebres do citado irmão de Misericórdia e a ausência expressiva dos demais irmãos ocorrera pelo fato de que os diversos casos da epidemia surgidos naquele ano teriam impossibilitado não só aos membros da irmandade, mas a grande parte da população cristã da capital, de executar a contento os funerais e os enterramentos de “seus” mortos.

Vale lembrar novamente que, como nesses tempos de epidemia, a maioria dos encargos dos serviços de assistência à população enferma esteve sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia, esta teve que enfrentar sérias dificuldades para administrar uma receita parca que constantemente teimava em ser menor que as despesas de seus principais bens patrimoniais¹¹⁹, o que poderia ter comprometido também a pompa e o requinte dos tradicionais funerais dos “irmãos da Misericórdia”.

¹¹⁷ Idem, *ibidem*, p. 67.

¹¹⁸ Jornal *O Publicador Paraense*, n. 119, 18/02/1851, p. 3 e 4, GLRP. Desde o final do século XVIII a Santa Casa havia adquirido o privilégio de conduzir os cadáveres para suas sepulturas. Exclusividade está que Arthur Vianna destaca como um importante serviço que promoveria um considerável aumento nas rendas da Irmandade, visto que tanto brancos como pretos, mediante pagamento de esmolas, deveriam ser conduzidos pela tumba da Misericórdia. Cf. VIANNA, Arthur. *op. cit.*, p. 28.

¹¹⁹ Em meados do século XIX constituía-se como patrimônio da Santa Casa de Misericórdia do Pará, os seguintes bens: Igreja de Santo Alexandre, Hospital dos Lázaros, Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos (da Caridade), Fazenda Pinheiro, Fazenda Graciosa e várias casa espalhadas pelas ruas da cidade de Belém. Ver VIANNA, Arthur. *op. cit.*, p. 164.

Mas havia também quem criticasse e duvidasse dos números apresentados pela Mesa Administrativa da Santa Casa. Assinando “E. R. Mc. *O filho das ilhas*”, um correspondente do mesmo *O Publicador Paraense*, em 1850 julgava ser suspeito o saldo de 2:088\$857 (dois contos, oitenta e oito mil e oitocentos e cinqüenta e sete réis) apresentado pelo tesoureiro da Misericórdia. Afirmava que “[...] o saldo em questão nada depõe em favor do irmão superior de um hospital, que poderá ter meios para as necessidades do dia, mas nunca sem inconvenientes, para sobras de meses antecedentes e subseqüentes”. Completava ainda o correspondente que ao Provedor “[...] consiste em aplicar com cuidado, zelo e caridade todos os socorros que a humanidade enferma com justiça lhe demanda, e não amontoar sobejos deduzidos de procissões reais e absolutamente indispensáveis”¹²⁰.

No auge do surto amarílico, a Santa Casa de Misericórdia parecia, pela correspondência levada á público, não atribuir muita importância, ou ainda não possuir recursos suficientes, para o socorro dos enfermos¹²¹. Aquele que se denominava “*O filho das ilhas*” era ainda bastante enfático nessa acusação, quando afirmava que não eram poucos “[...] os queixumes de doentes que são mandados para tal hospital [o da Caridade], nos quais se aumentão as molestias apenas ouvem a sentença que lhes fulmina esse destino”¹²².

Se de um lado, podemos acreditar que tal fato ocorria motivado pelo pouco que os facultativos da “arte de curar” ligados ao Hospital da Caridade conheciam da etiologia das doenças epidêmicas e também pela ausência de determinadas práticas de assepsia em muitos espaços hospitalares em meados do século XIX, que provocavam o aparecimento de novas infecções nos enfermos ali tratados; por outro, podemos constatar que os poucos recursos terapêuticos eficientes que se disponibilizava para tratar o flagelo que rapidamente avançava sobre a população da cidade, fez se propagar entre as pessoas uma concepção religiosa acerca do mal que os acometia. Frequentemente atribuía-se a providência divina o destino dos enfermos que não se conseguia tratar.

Como enfatiza George Vigarello, diante do horror causado pelas potências obscuras da “peste”, em muitos momentos a piedade coletiva tornou-se inicialmente a melhor resposta,

¹²⁰ Jornal *O Publicador Paraense*, nº.105, 27/12/01850, p. 3 e 4. GLRP.

¹²¹ Segundo Arthur Vianna, em 1850 a Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia preparava-se para implementar uma série de mudanças e melhorias na organização e nos serviços prestados pela irmandade, quando a epidemia de febre amarela desenvolveu-se entre a população de nacionais e estrangeiros no Pará, causando assim “graves embaraços e [...] pesados dispêndios pecuniários” a mesma. Ver VIANNA, Arthur. op. cit., p. 176.

¹²² PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa da Misericórdia, substituindo-o por outro. op. cit..

segundo a qual “implorar é a defesa inicial”¹²³. Nesse sentido, fica fácil compreender por que os cuidados aplicados às enfermidades do corpo no hospital da Santa Casa nem sempre bastavam para restabelecer totalmente a saúde dos enfermos. Nos idos do século XIX, o hospital ainda representava mais o caráter coletivo das obras de misericórdia, servindo como um espaço de multiplicação das intenções de assistência dos membros da irmandade através da consolação do aflito, do que de cura propriamente dita¹²⁴.

Apesar das críticas expostas nos jornais, entre os “irmãos” corria a notícia de que a cada dia aumentava o número de doentes que buscava no hospital da Misericórdia o “benefício da caridade pública”. A quantidade parecia ser tão grande que a Provedoria do Dr. Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães, mesmo com as dificuldades apresentadas para equilibrar a receita e a despesa dos bens da irmandade, foi levada a implementar alguns reparos no prédio do Hospital da Caridade para tentar acomodar satisfatoriamente os muitos enfermos que ali eram assistidos. Buscando apoio financeiro junto ao Presidente da Província e à Assembléia Provincial, o Dr. Fructuoso Guimarães, portanto, procurou improvisar enfermarias mais espaçosas, como também cuidar do asseio do referido hospital. Destacava ainda o Provedor que ...

“[...] o tratamento que recebem hoje os doentes é muito diferente daquelle que recebiaõ há anos passados, se assim naõ fora certamente o hospital naõ seria procurado como é, contudo este tratamento naõ é ainda completo, nesse ressenete de muitos deffeitos”¹²⁵.

Segundo Arthur Vianna, durante os oito anos da Provedoria do Dr. Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães, mesmo lutando contra a escassez de verbas, a Santa Casa viveu uma fase de grande empenho dos socorros físicos e espirituais, principalmente após as melhorias feitas no Hospital da Caridade e na Igreja de Santo Alexandre. Contudo, tais melhorias, a primeira

¹²³ VIGARELLO, George. op. cit., p. 44.

¹²⁴ Sobre o Hospital da Caridade administrado pela Santa Casa de Misericórdia do Pará ver o capítulo seguinte desta dissertação.

¹²⁵ Ofícios da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Caixa 144, documento nº 52. Anexo “Relatório do anno compromissal de 1853 a 1854 apresentado pelo Provedor Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães, e lido na sessão de 09 de julho do mesmo anno de 1854”. APEP. O tratamento a que se refere o Dr. Fructuoso Guimarães corresponde ao sistema médico de alopatia aplicado com freqüência nos hospitais ao longo do século XIX, quando estes começam a se constituir não só no espaço da assistência caritativa como também do aprimoramento da ciência médica.

em especial, ainda não foram o suficiente para acudir de maneira regular a grande leva de doentes que para lá seguiam¹²⁶.

Fosse portanto, com a intenção de alcançar a salvação de sua alma ou de aliviar a dor de que padecia a pobreza enferma, os irmãos da misericórdia como os demais benfeitores, prestaram mesmo diante de suas limitações um importante papel de assistência à saúde dos mais necessitados. Ainda na concepção de Arthur Vianna, “[...] durante a epidemia pesou sobre a Misericórdia grave responsabilidade, por quanto todo o serviço da assistência pública indistintamente lhe pertencia [...]”¹²⁷.

Sendo assim, mesmo diante das dificuldades foi de grande expressão a ação da Santa Casa durante todo o período epidêmico da segunda metade do século XIX. Nos tempos do primeiro surto de varíola dessa quadra, por exemplo, coube também a irmandade pôr em prática as medidas sanitárias de que lançavam mão as Comissões Médicas na tentativa de evitar que o “mal das bexigas” grassasse com tanta intensidade entre a população de Belém.

“A necessidade de pôr em execução com proveito, as medidas sanitarias que coube a Santa Casa tomar em bem da humanidade [...]; o cumprimento das medidas conducentes a impedir que grassasse na população o terrível mal da variola confluyente com a intensidade que sempre lhe está adjunta, na ausencia de medidas preventivas, por que estas medidas eraõ executadas quer de dia quer de noite, logo que se fazia de mister prover sobre qualquer caso morbido de que a Santa Casa tinha conhecimento”¹²⁸.

Em 1867 havia por parte da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia uma grande preocupação frente o aparecimento da varíola na Capital, receio que, como ressaltamos, foi compartilhado pela comunidade médica e pelo poder público, justificado pelas experiências anteriores que a população do Pará havia passado com os horrores causados pela doença. Em 1851 as erupções das bexigas haviam produzido grandes estragos entre os habitantes da capital da Província, fato que se buscava evitar que novamente ocorresse nos idos da década de 1860, quando foram estabelecidas medidas sanitárias preventivas, que envolviam o isolamento dos bexigosos e a desinfecção das casas dos mesmos, e que naquele momento tinham se tornado mais uma responsabilidade da Santa Casa, juntamente com a Câmara Municipal da Capital¹²⁹.

¹²⁶ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 206-212.

¹²⁷ Idem, p. 182.

¹²⁸.Ofícios da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Caixa 247, Pasta 1867, Documento nº 167, APEP.

¹²⁹ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 176-178.

Por conseguinte, observa-se nesse momento, o início de uma sistematização da assistência aos pobres dispensada pela irmandade da Misericórdia na medida em que o saber médico propagado por muitos “irmãos” e recorrente na política de saúde implementada pelo Estado, ia se sobrepondo aos preceitos cristãos da caridade. No processo de “medicalização” que vai sendo imposto à sociedade oitocentista, a função social da Santa Casa de Misericórdia enquanto uma importante instituição de caridade vai paulatinamente assumindo a feição de apenas mais uma “técnica de assistência” à saúde pública utilizada diante dos encargos coletivos provocados pelas doenças.

Por fim, considerando de acordo com Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, que “o acontecimento mórbido, pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, a relação entre os poderes ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma”¹³⁰; podemos notar então, que na segunda metade do século XIX, quando o desenvolvimento das epidemias fez surgir naquela sociedade uma preocupação generalizada com a saúde coletiva, todos os mecanismos empregados nas tentativas de debelar as enfermidades promoveram e sobretudo, acentuaram uma determinada exclusão social, que direta ou indiretamente tornou-se o objetivo maior de todas as formas de assistência postas em prática naquele momento. Tanto a assistência médica quanto a assistência caritativa, mesmo guardando cada uma as suas peculiaridades, procuraram de qualquer maneira, na atenção dispensada principalmente aos enfermos pobres, afastar ou isolar os possíveis focos que se acreditava emanar perigo às condições de saúde de toda a sociedade.

¹³⁰ REVEL, Jacques; Peter, Jean-Pierre. op. cit., p.144.

CAPÍTULO II

O ESPAÇO DO AMPARO E DO SOCORRO: A ASSISTÊNCIA AOS ENFERMOS NO HOSPITAL DE CARIDADE

*“Quão precaria he para nós a vida! Quão incerto he para nós o dia de amanhã. [...] Quando o Senhor regista as iniquidades de um povo e que o pune, he como entre nós, onde a morte vai ceifando [...] e por toda a parte desvalidos orfaõs lacerando-nos a alma com o seu desgraçado chorar.
[...].*

“Amanhã”, *Jornal Treze de Maio*, 20/04/1850

O desenvolvimento de novos saberes que em meados do século XIX buscavam explicar a etiologia das doenças, cujas epidemias propalavam-se entre a população, fez surgir juntamente com um intenso conflito ideológico protagonizado, sobretudo, pelos homens ligados á ciência médica como também por aqueles que direta ou indiretamente padeciam com o mal, a forte e “errônea” idéia de que estavam nas características do meio e no modo de vida das pessoas as causas das moléstias que os assolavam.

Preocupados com a salubridade pública, médicos e autoridades imperiais e provinciais procuraram incessantemente promover a higienização das cidades, esquadrinhando o meio urbano com o intuito de identificar e “medicalizar” os espaços considerados perigosos e doentios, ao mesmo tempo em que procuravam isolar os indivíduos pobres que sob a concepção médica apresentavam-se como os mais suscetíveis ao ataque das doenças epidêmicas, constituindo-se ainda numa ameaça ao bem-estar de toda a sociedade¹³¹.

Mesmo com a grande morbidade e a significativa mortalidade provocadas pelas seguidas epidemias de febre amarela, cólera e varíola na segunda metade do século XIX, faltava na Província do Pará e, em especial em Belém, uma política sistematizada que visasse

¹³¹ Sobre este assunto ver FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1988; CORBIN, Allain. *Saberes e Odores – o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987; VIGARELLO, George. *História das práticas de saúde – A saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Notícias, 1999; MARQUES, Eduardo César. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. *Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. II, n. 2, jul-out, 1995, p. 51-67; COSTA, Maria Clélia Lustosa. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. *Mercator – Revista de Geografia da UFC*. ano 1, número 2, 2002, p. 61-69; RODRIGUES, C. A cidade e a morte: a febre amarela e seus impactos nos costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-1850). *Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. VI, n. 1, mar-jun, 1999, p. 53-80.

atender as necessidades de saúde da população. Desse modo, as medidas sugeridas pelas Comissões Médicas convocadas pelo poder público para “resolver” esse problema acabaram se restringindo em meras ações paliativas que não iam além das tentativas de prevenção daquelas enfermidades, e caracterizavam-se principalmente pela transformação do meio urbano, o que implicava dizer dentre outras coisas, em modificar os aspectos naturais da cidade para melhorar o fluxo do ar e evitar a eventual produção de miasmas, além de estimular o controle dos hábitos e da higiene dos moradores, das habitações e dos demais estabelecimentos essenciais ao espaço urbano.

Com o crescimento da cidade e o medo do avanço das epidemias tornava-se então mister para o saneamento do meio, promover o dessecamento dos diversos pântanos que circundavam e cortavam diferentes lugares da capital da Província, organizar a abertura e/ou o alargamento das ruas para evitar a estagnação do ar atmosférico, implantar um sistema de esgoto para escoamento das águas pluviais, da mesma forma em que se procurou implementar uma fiscalização mais rigorosa sobre os cortiços, matadouros, mercados públicos, cadeias, portos, hospitais e cemitérios. Sendo todos esses, lugares de grande aglomeração de pessoas e onde pouca atenção se dispensava à higiene, julgava-se portanto, que poderiam favorecer uma suposta infecção do ambiente tornando-se conseqüentemente focos perenes das epidemias.

Desde o século XVIII, ressalta George Vigarello, a preocupação com o saneamento da cidade, despertava uma forte inquietação quanto ao pejamento de determinados lugares na área urbana. Acreditava-se que as multidões e as suas exalações em espaços confinados poderiam aumentar os perigos ali existentes, pois a falta de elasticidade do ar, os excessos de calor e de umidade produzidos naturalmente pelas pessoas, provocariam odores que seriam prejudiciais à saúde humana¹³².

Dessa forma as estratégias apontadas pelos médicos, imbuídos de uma concepção higienista, para garantir a salubridade dos espaços coletivos da cidade resultaram especificamente para os hospitais, na remodelação da assistência há muito praticada através daquele estabelecimento. Durante o século XIX a submissão da Igreja ao Estado garantiu a este último, o direito de intervir nos negócios das instituições religiosas e laicas de caráter religioso, que geralmente administravam os hospitais existentes nas cidades, acelerando o

¹³² Cf. VIGARELLO, George. op. cit., p. 149. Sobre os odores pútridos produtores de miasmas pestilenciais decorrentes da insalubridade de locais, onde as pessoas permaneciam amontoadas na cidade, ver também CORBIN, Allain. op. cit.

processo de secularização¹³³ dessa instituição, através do qual cuidar de doentes deixava de ser apenas um exercício da caridade e da solidariedade cristã, para expressar também uma “medida profilática de higiene cívica”, cujo objetivo era manter a ordem social¹³⁴. Logo, no tempo das epidemias, essa secularização e conseqüente racionalização da sociedade Oitocentista, transformou o hospital em um espaço de experiência da ciência médica a serviço do poder público, sem contudo, acarretar a perda total de sua antiga função de amparo e de consolo expressada diante do padecimento dos doentes.

Carregando esse duplo significado, o espaço do hospital, tornou-se portanto, instituição indispensável ao desenvolvimento e estruturação da cidade em momentos de crise epidêmica, pois apesar do receio que a população nutria em relação aos nosocômios, este desempenhava um papel importante na assistência prestada aos acometidos pelas moléstias, fosse ainda em vida, quando chegavam enfermos ao hospital, ou na morte, quando vencidos pela fúria dos flagelos eram levados para ali já praticamente moribundos. Desse modo, de acordo com esses novos preceitos da medicina, que fundamentaram as estratégias de saúde pública do governo provincial, o hospital tal qual os outros lugares da cidade, precisava ser também saneado, na tentativa de evitar que favorecesse a propagação das enfermidades que tanto aterrorizavam a população.

E no Pará, como foi ressaltado rapidamente no capítulo anterior, na medida em que a Santa Casa de Misericórdia, era a responsável pela administração do principal hospital que na cidade de Belém atendeu aos enfermos e aos mortos vitimados tanto pela febre amarela, quanto pela cólera e pela varíola, desempenhando um papel significativo no socorro prestado às vítimas das epidemias, aquele estabelecimento, tal como os demais, reuniu concomitantemente no seu interior os valores cristãos da caridade e as determinações científicas da medicina, o que fez com que muitas vezes a difícil função da assistência hospitalar se mostrasse confusa e até mesmo ineficaz, proporcionando ao nosocômio o status de ameaça a saúde pública.

Diante disso, procuramos analisar neste capítulo como os discursos médicos de saneamento do meio e/ou da higiene dos espaços urbanos interferiram nas práticas de

¹³³ De acordo com Hubert Lepargneur a secularização é um processo característico do espaço urbano, que promove uma autonomia em relação a religião e não necessariamente uma recusa da religião, mas através do qual é possível observar o fim dos privilégios da Igreja, no que tange a regulação da sociedade civil. LEPARGNEUR, Hubert. *O doente, a doença e a morte*. Campinas, SP: Papyrus, 1987, p. 14 e 15.

¹³⁴ Idem, p. 20. Sobre a relação entre Igreja e Estado, fé e ciência, ver WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar – Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999, p. 83-176.

assistência aos pobres e às outras categorias de enfermos que durante as epidemias eram freqüentemente socorridos no Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará.

2.1. O HOSPITAL DE CARIDADE BOM JESUS DOS POBRES ENFERMOS

2.1.1. *Do espaço de consolação ao espaço da “cura”: a função do hospital no século XIX*

“[..]

Vou participar a V.Ex^a. hum novo arbítrio desentranhado do fundo da religião, e da humanidade em cuja execução há dias q trabalho: olhei p^a esta Cidade, vi o dilúvio de miserias, e pobreza em que fluctuava hua grande parte dos seos habitantes morrendo muitos delles ao desamparo por não haver hu azillo publico da necessidade. [...] em fim fechando os olhos as despesas imensas de hu estabelecimento desta natureza [...] depois de assinar em hu papel o meo nome com a quantia de cem mil reis, rezolvi eu mesmo pedir esmolla pelos moradores da Cidade. Com effeito Deus mostra que abençoa as minhas intenções [...] e já comprado por setecentos e cincoenta mil reis hu sitio o mais próprio p^a hospital por ficar sobre o Rio, e com algum principio do Edificio. Espero receber outras porçoens avultadas não so de dinheiro, mas também de pedra, cal, madeira, trabalhadores &^a, com o que julgo porei o estabelecimento em figura de abranger ate cem enfermos”¹³⁵.

Numa correspondência enviada ao Ministro da Marinha e Ultramar, Martinho de Melo e Castro, datada de 18 de março de 1784, o então Bispo do Pará, D. Frei Caetano Brandão¹³⁶, traçando um esboço do estado de miséria e de pobreza em que se encontrava naquele momento grande parte da população de Belém, clamava aos representantes da Coroa portuguesa no Brasil, em nome da *religião* e da *humanidade*, auxílio para dar início naquela cidade às obras de um hospital, que se justificava pela necessidade de assistência aos pobres e desvalidos que, segundo aquele religioso, geralmente morriam ao desamparo.

¹³⁵ Ofício de D. Frei Caetano Brandão, Bispo do Pará, a Martinho de Melo e Castro, sobre a construção de um hospital. Coleção Manoel Barata, Lata 280, Pasta 2, Documento 1. Instituto Histórico e Geográfico do Brasil – Arquivo (IHGB).

¹³⁶ Nascido na Freguesia de Loureiro, próximo à cidade do Porto em Portugal no ano de 1740, D. Frei Caetano Brandão era membro da Ordem de São Francisco e chegou à Belém em 20 de outubro de 1783, para assumir o cargo de sexto Bispo daquela cidade, tomando posse em 1 de novembro do mesmo ano e, aonde mais tarde fundaria a Confraria de Caridade e seu respectivo hospital. Ver VIANNA, Arthur. *A Santa Casa de Misericórdia Paraense – Notícia histórica 1650-1920*. 2ª ed., Belém: SECULT, 1992 [1902], p. 51 e 52.

Ao final do século XVIII, existia em Belém, de acordo com Arthur Vianna, “[...] apenas o pequeno e insuficiente hospital da Santa Casa de Misericórdia [...]”¹³⁷ que sem apresentar nenhuma comodidade e higiene, geralmente deixava sem socorro e abandonada a maioria dos enfermos pobres que ali se encontrava¹³⁸. Assim, diante de tal situação o Bispo defendia como urgente e necessária a construção do “azilo público da necessidade”, que em virtude das dificuldades acabaria sendo erguido principalmente através das diversas e variadas esmolas doadas pelos indivíduos mais abastados da sociedade, e onde a princípio, como citado, se pretendia recolher cerca de cem enfermos¹³⁹.

Contudo, note-se que ao designar como um “azilo” (sic), o hospital que tanto ansiava por ser erigido, D. Frei Caetano Brandão, argumentando junto aos portugueses, explicitava uma concepção que em fins dos Setecentos ainda era possível perceber não só entre os eclesiásticos, mas também entre os demais grupos sociais, ao se referirem ao espaço do hospital.

Surgida na Idade Média, a idéia do “hospital-asilo” esteve associada durante muito tempo à chamada medicina monástica. Como explica Rachel Lewinshon, desenvolvida no interior dos mosteiros, essa medicina era praticada por enfermeiros ligados á uma ordem religiosa que pouco ou quase nada conheciam do trato com os doentes, limitando sua assistência à eventual caridade cristã e à atenção dedicada aos que ali eram recolhidos. Por conseguinte, destaca ainda a autora que,

“[...] o objetivo primordial do ‘hospital monástico’ [ou asilo] não era o tratamento de doentes; era de oferecer ‘hospitalidade’ aos peregrinos sem abrigo, aos inválidos,

¹³⁷ Será apenas no ano de 1807 que a Santa Casa de Misericórdia do Pará, por determinação da justiça civil, incorporará ao seu ínfimo e decadente patrimônio, todos os bens da Confraria de Caridade fundada por Frei Caetano Brandão, incluindo juntamente com o Hospital da Caridade, a olaria do Tucunduba, as Fazendas Caviana e Graciosa, além de alguns prédios espalhados pela cidade de Belém. Idem, p. 70-91.

¹³⁸ Idem, ibidem, p. 56 e 57.

¹³⁹ Embora Frei Caetano Brandão estimasse em cem enfermos a capacidade de recolhimento do dito hospital, é possível que nos primeiros anos de existência do mesmo, essa não tenha sido a real quantidade de pessoas que ele poderia acolher, pois no início da década de 1850, durante a epidemia de febre amarela em Belém, Arthur Vianna ressalta que diante da árdua tarefa de acudir os “infelizes pestíferos” que seguiam para aquele hospital, os leitos que ali existiam elevaram-se para oitenta e sete, “número máximo que as enfermarias podiam conter”, porém é importante ainda lembrar, como faz também o referido autor, que naquele mesmo período não tardou para se encontrar pelos cantos e corredores do hospital diversos doentes que gemiam – e até definham – em função do mal de que padeciam. Cf. Idem, ibidem, p. 182.

pobres e idosos, que recebiam acolhida e alimento, mas não assistência médica no sentido moderno do termo”¹⁴⁰.

Porém, Michel Mollat reforça por outro lado, que a partir dos séculos XII e XIII, com o incipiente desenvolvimento urbano e o aumento da prática da caridade laica, a administração dos múltiplos e pequenos hospitais, que surgem naquele período encontrava-se agora a cargo das confrarias de misericórdia. Associações seculares de socorro mútuo, essas confrarias eram organizadas a partir do princípio das sete Obras de Misericórdia, que ao assumirem a gerência daqueles estabelecimentos de assistência, expressavam de forma coletiva a esmola oferecida aos enfermos¹⁴¹.

Submetida então, a tais associações de caridade, a manutenção de um hospital-asilo indicava inicialmente as intenções de assistência e o nível de beneficência de cada confraria, pois compostas quase sempre por indivíduos que levavam uma vida cômoda e sem privações, muitas, segundo ainda Mollat, mantinham uma estrutura rígida e fechada, onde “[...] a ajuda recíproca se limitava aos seus membros ou quando reservava uma pequena esmola aos pobres da cidade [...]”, sendo assim aquelas que mantinham hospitais e leprosários eram apontadas como as mais generosas nos auxílios prestados aos necessitados e desvalidos da sorte¹⁴².

Devendo assistir material e espiritualmente àqueles que padeciam de algum mal, o hospital na Idade Média tinha como principal função portanto, ministrar-lhes os últimos cuidados e sacramentos, posto que motivado muito mais pelos valores cristãos da caridade do que pelos de assistência médica, como explicitado acima, não se propunha e nem possuía condições de interferir sobre a doença e sobre o doente que nas suas dependências eram recolhidos.

Para Michel Foucault, por não representar um meio de cura e tão pouco ser projetado para curar, aquele espaço de assistência, destacava-se na sociedade por sua condição de *morredouro*, ou seja, um lugar onde morrer, visto que o pessoal hospitalar não se preocupava em restabelecer o bem estar físico do indivíduo que padecia, limitando-se em providenciar o

¹⁴⁰ LEWINSOHN, Rachel. *As Três Epidemias*. Lições do passado. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003, p. 67.

¹⁴¹ MOLLAT, Michel. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Campus, 1989, p. 97 e 98. As sete Obras de Misericórdia consistiam em: alimentar os famintos, dar de beber a quem tem sede, curar os enfermos, vestir os nus, visitar os presos e resgatar os cativos, abrigar os desamparados, enterrar os mortos. Para uma descrição detalhada sobre este assunto ver o primeiro capítulo desta dissertação, mais especificamente a parte intitulada “Socorrendo o corpo e salvando a alma”.

¹⁴² Ver Idem, p. 98.

alívio do sofrimento, e dessa forma, alcançar através da ajuda ao próximo a sua própria salvação¹⁴³. O auxílio prestado no momento da morte, sobretudo, do pobre, significava para os membros das confrarias a ascensão em uma escala que possivelmente levaria suas almas aos céus, alcançando assim a tão esperada remição¹⁴⁴.

E no que tange à pobreza enferma, esta acreditava ser quase um privilégio morrer no hospital, se considerarmos que ao ser recolhida para lá, buscava, quase no fim de sua vida, apenas um reconforto para sua desgraça e, principalmente, garantia de uma “boa morte” ao receber o consolo e/ou o socorro espiritual ministrado pelo capelão existente na maioria dos hospitais¹⁴⁵. Idéia esta que, não mudará tanto no século XIX, pois por mais que houvesse uma certa resistência da população em seguir para os nosocômios, que possuíam instalações precárias e, ainda não registravam uma assistência médica sistematizada que proporcionasse a cura das doenças, para os pobres que geralmente eram levados para aquela instituição, significava, não obstante, a certeza de um funeral, mesmo que miserável¹⁴⁶.

Diante disso, é Foucault quem novamente ressalta que mesmo reunindo funções de assistência e de transformação espiritual, tais hospitais correspondiam também a “uma espécie de instrumento misto de exclusão [...]”, já que ao abrigar o pobre doente, estaria ao mesmo

¹⁴³ Cf. FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 101. Ver também CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade – uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004., p. 58. Apresentado sob a forma sacralizada, o sofrimento descrito aqui representa segundo Hubert Lepagneur uma certa interpretação mística da doença, na qual os males pelos quais são acometidos os indivíduos enfermos surgem como um castigo ou uma provação divina resultado de uma conduta considerada culpabilizante que atrai tamanho infortúnio. Interpretação esta que, na visão do autor, só se modificará com a futura secularização dos hospitais que acarretam consigo uma nova compreensão a respeito do sofrimento, que ao ser dessacralizado deve, portanto, ser eliminado a todo o custo. LEPARGNEUR, Hubert. op. cit., p. 25 e 26.

¹⁴⁴ Conforme o estatuto que regia as confrarias de caridade fundamentadas nas Obras de Misericórdia, o conforto espiritual providenciado na hora da morte dos pobres desgraçados, deveria ser estendido também aos membros da mesma confraria, mas embora estivesse entre as obrigações dos irmãos, o desempenho desta prática não despertava tanto interesse quanto o que se notava no auxílio prestado à pobreza enferma. Ver PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa de Misericórdia, substituindo-o por outro. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XVI, Parte 2ª, Pará, Typographia Santos & Filhos, 1854, p. 64. Arquivo Público do Estado do Pará (APEP). Ver também LEBRUN, François. *As Reformas: devoções comunitárias e piedade pessoa*. In ARIÈS, Philippe; CHARTIER, Roger (Orgs.). *História da Vida Privada*. Da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, v. 3, p. 71-111.

¹⁴⁵ MOLLAT, Michel. op. cit., p. 140.

¹⁴⁶ Ver CAPONI, Sandra. op. cit., p. 56. No século XIX, como veremos mais adiante, ainda era muito comum a articulação entre o caráter terapêutico e o caráter caritativo do hospital, e em vista disso, cabia às associações que o administrava a responsabilidade de providenciar os enterramentos dos enfermos pobres e indigentes que ali morriam.

tempo protegendo de uma possível ameaça, os “benfeitores” que se encontravam em condições satisfatórias de saúde¹⁴⁷.

Apesar de funcionar, essencialmente como um abrigo, muito distante de um lugar de cura e/ou de tratamento das enfermidades que afligiam direta ou indiretamente a toda a sociedade, observa-se, contudo, no desenvolvimento do hospital-asilo uma modesta e incipiente preocupação generalizada para com os males físicos que enfraqueciam a alma, e principalmente, debilitavam o corpo. Inquietação esta que a partir do final do século XVIII irá se sobrepor à prática do amparo e do consolo, devido o avanço da ciência médica e a conseqüente transformação do hospital num instrumento terapêutico.

Porém, como podemos perceber da carta de D. Frei Caetano Brandão, a função terapêutica que paulatinamente é assumida pelo hospital naquele século, não anula as funções assistenciais exercidas até então, mas, no entanto, começam a modificar os sentidos e os significados daquele espaço, agora dividido entre a caridade e o conhecimento médico.

Até as décadas de 1780 e 1790 a experiência hospitalar não constituía critério para a formação dos médicos, posto que, só a partir daquela época o hospital iria caracterizar-se enquanto um espaço de cura, aquisição de conhecimento e produção de saber. Nesse novo contexto, na medida em que a medicina começa a se desenvolver enquanto ciência, suas estratégias vão cada vez mais sendo incorporadas ao cotidiano do hospital, afastando-o aparentemente da condição de asilo para assumir a de um “hospital medicalizado”¹⁴⁸.

De acordo com Sandra Caponi, “[...] mesmo medicalizado, o hospital ainda conservava estruturas do passado, apesar das exigências de racionalidade”, tão caras à medicina clínica, que a princípio considerava o pobre doente como objeto de seu conhecimento e de suas intervenções. As dores daquele que padecia não deixaram de suscitar a caridade, mas foram fundamentalmente transformadas em espetáculos a serem observados pelo olhar clínico do médico, que impunha ao enfermo o seu poder, submetendo-o às regras do hospital e às estratégias coercitivas aplicadas ao corpo doente, além de requerer a aceitação das verdades que a medicina estabelecia¹⁴⁹.

Reiterando essa discussão, Beatriz Weber, por sua vez considera que através desse mecanismo de controle, há uma desqualificação e uma desconsideração do doente que deveria

¹⁴⁷ FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 101 e 102.

¹⁴⁸ Cf. CAPONI, Sandra. op. cit., p. 56; FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 101. Ver também FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

¹⁴⁹ CAPONI, Sandra. op. cit., p. 57.

se limitar a obedecer as determinações médicas, convertendo-se dessa forma, estritamente à condição de mero paciente¹⁵⁰.

Não obstante, essa reforma realizada nos nosocômios, uma certa inclinação caritativa continuou a nortear a assistência exercida ali e agora também as ações sanitárias, que discutidas entre uma grande parte dos facultativos foram levadas para o interior do espaço hospitalar, onde deveriam, outrossim, serem postas em prática, como nos demais lugares da cidade. Com a presença cada vez mais constante dos postulados médicos¹⁵¹ e de seus facultativos nos hospitais, a estrutura e a organização religiosa que antes expunha profusamente os enfermos pobres com todo e qualquer tipo de moléstia sem nenhum critério num mesmo local, começou a ser criticada e apontada como um dos principais fatores do alto índice de mortalidade ocorrido nas fundações hospitalares.

Sendo assim, a condição de instrumento terapêutico, não garantiu que o “hospital medicalizado” levasse a efeito a cura das doenças e a eventual solução desses problemas. Sob a orientação de um saber médico preocupado com a higiene pública e o conseqüente saneamento do meio, existia, de um modo geral, entre os esculápios, a convicção de que as doenças eram o resultado do desequilíbrio entre os humores do corpo e os elementos da natureza, base da concepção neo-hipocrática¹⁵² retomada nos Setecentos, e que atuando muito mais na prevenção, não atingia as reais causas das diversas moléstias que ali deveriam ser tratadas.

Nesse sentido, como destaca Foucault, será ainda no século XVIII que se começa a perceber que os hospitais não curavam tanto quanto deveriam, passando então a recair sobre eles o estigma de “criador de doenças”, na medida em que os preceitos da medicina não atingiam o cerne da propagação destas últimas, e os nosocômios não apresentavam uma estrutura compatível com as determinações de higiene que se pretendia estabelecer. Conservando uma arquitetura solene de seu passado de recolhimento, a maioria dos hospitais constituiu-se, no entanto, em espaços fechados e pestilentos que acabavam criando uma rede de “doenças das doenças”, comprometendo não só o bem estar dos que a eles recorriam, mas também de todo o espaço social em que estavam situados¹⁵³.

¹⁵⁰ WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit. p. 151.

¹⁵¹ Os postulados da ciência médica em voga nos séculos XVIII e XIX foram discutidos em nosso primeiro capítulo, especificamente na parte “Poder público, saber médico e o ‘combate’ às epidemias”.

¹⁵² Sobre o neo-hipocratismo ver o capítulo I desta dissertação.

¹⁵³ FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 19 e 20.

Assim, qualificado como um lugar de internamento de homens e de doenças, nos idos do século XIX, quando determinadas epidemias passam a se tornar uma ameaça real para a população da cidade, alastrando pelas ruas e por um incontável número de casas o terror que a elas estava associado; o hospital, por seu turno, pouco serviu como propulsor terapêutico para os que caíam enfermos, já que paradoxalmente, a desorganização e a insalubridade que lhes eram peculiar, acabaram transformando-o em mais uma área perigosa existente no espaço urbano devido a grande infecção e aos múltiplos casos de morte que continuavam ocorrendo ali.

As dificuldades encontradas em acudir os indivíduos acometidos pelas epidemias iam desde a divergência entre os médicos, que não se entendiam quanto ao tipo de terapêutica a ser aplicada¹⁵⁴, passando pela desorganização dos socorros, até o conseqüente aumento do número de vítimas, que não raro, encontravam nos nosocômios, ao invés da cura, o agravamento do mal de que padeciam. Com tudo isso, o hospital em meados dos Oitocentos, se mostrava, na verdade, um mecanismo impróprio à salubridade pública, na medida em que estava muito aquém de proporcionar a melhoria das condições de saúde da população. Situação esta que Foucault exprime argumentando que, “[...] no espaço urbano que a medicina deve purificar ele [o hospital] é uma mancha sombria”¹⁵⁵.

Destarte, o que era para ser um espaço de cura não passava agora de um grande depósito de doentes e um local perigoso á saúde dos habitantes da cidade. Colocado na mesma condição que outros estabelecimentos urbanos que acumulavam uma grande quantidade de pessoas cotidianamente, o hospital no século XIX era apontado como um grande foco de produção de miasmas, que segundo os infeccionistas, emanavam da atmosfera pútrida daquele lugar, o qual precisava de qualquer maneira ser ajustado aos dispositivos de higiene do espaço urbano, para que se pudesse empreender um eventual domínio da propagação dos flagelos epidêmicos e do pavor que os acompanhava¹⁵⁶.

¹⁵⁴ De acordo com Beatriz Weber, como no hospital em meados do século XIX ainda conservava-se uma noção de doença marcada pelo neo-hipocratismo, as formas de tratamento aplicadas pelos médicos eram bastante diversificadas, mas caracterizavam-se basicamente pelo uso das purgas, banhos, fumigações e controle alimentar. E apesar de não ser citado pela autora, a sangria, embora polêmica, ainda era também uma terapêutica muito comum utilizada para tratar os doentes no hospital naquele período. Ver WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit. p. 147.

¹⁵⁵ FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 203.

¹⁵⁶ A infecção causada por miasmas pútridos correspondia à base da teoria infeccionista nos idos do século XIX. Sobre este assunto ver VIGARELLO, George. op. cit., FOUCAULT, Michel. op. cit., CORBAIN, Allain. op. cit.

O hospital portanto, teve que sofrer algumas intervenções em meados dos Oitocentos para se adequar as necessidades e exigências das cidades que se pretendiam salubres. Algumas características que esses locais acabaram conservando desde a sua condição de hospital-asilo, como enfatizamos antes, tinham a partir daquele momento, que ser impreterivelmente modificadas. Diferente dos grandes nosocômios que se limitavam a promover o consolo dos enfermos no passado, propunha-se agora que os hospitais fossem menores ou que apresentassem uma divisão mais sistematizada de seus compartimentos, onde se pudesse melhor vigiar e acompanhar os doentes para que fosse subtraído o contágio interno; além disso, deveriam se localizar preferentemente afastados do centro da cidade ou fora dela, em locais onde houvesse maior ventilação, para que o ar pudesse circular livremente nas suas proximidades e no seu interior, evitando assim uma possível produção e difusão de miasmas que representavam perigo ao bem estar dos moradores sãos, ou ainda poderiam se situar em pontos mais acessíveis da área urbana, já que passam a atender a partir daquele momento não só a população mais pobre e necessitada, e sim doentes das mais diversas condições sociais, que a ele também começavam a recorrer.

Sendo assim, aos poucos os enfermos deixavam de ser obrigados a permanecerem ali confinados, pois em fins do século XIX, a implantação dos chamados dispensários, passa a ser cada vez mais freqüente nos hospitais, atendendo em especial, os doentes de passagem e lhes oferecendo cuidados generalizados através de consultas e distribuições de medicamentos, para que fossem agora tratados em casa¹⁵⁷.

Por fim, essa nova estrutura hospitalar visava, além da manutenção da higiene e da salubridade públicas, instituir cuidados que fossem mais coerentes aos enfermos, além de controlar e diminuir os custos de tais serviços de assistência. Estes, com o tempo ficam a cargo das autoridades civis, que passam a intervir com maior freqüência nos negócios das irmandades que até então eram responsáveis pelos nosocômios, convertendo-os paulatinamente assim, em instituições cada vez mais racionalizadas e principalmente, secularizadas, onde a ciência médica ganhará efetivamente uma maior autonomia em detrimento dos princípios religiosos que ainda se fazem presentes pelas suas dependências.

Ao se secularizar, a maioria dos hospitais passa a ser administrada pelos esculápios que estabelecem uma série de mudanças na sua estrutura e no seu funcionamento, refletindo diretamente no tratamento aplicado aos enfermos e na nova condição que a instituição assume

¹⁵⁷ FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 205. Ver também WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit. p. 152.

na sociedade¹⁵⁸. As últimas décadas do século XIX registraram um empenho mais sistemático da medicina hospitalar em aliviar a dor dos enfermos – agora concebida como um sofrimento secularizado, isto é, a dor física que se precisava afastar – mas como ressalta Beatriz Weber, alguns médicos ao se depararem com a limitação que seus conhecimentos ainda apresentavam, continuavam sustentando um antigo discurso, segundo o qual, por possuir uma função terapêutica restrita, a medicina deveria “[...] ajudar o doente de qualquer forma, mesmo que ultrapassasse a fronteira da ciência”. Portanto, os facultativos tinham a incumbência de aliviar a dor, porém quando não possuíam condições para isso, segundo a autora, consolar também era seu dever¹⁵⁹.

Alívio e consolo caracterizam, portanto, uma conduta essencialmente religiosa que acompanha a trajetória da assistência médica hospitalar desde a sua formação e, mesmo no século XVIII e, principalmente, no século XIX, quando o conhecimento científico passa a ser mais relevante entre esse tipo de atividade, não desaparecera por completo – como até hoje de certa forma ainda não desapareceu. Contudo, observamos aqui, como diante das circunstâncias político-sociais, que levaram as autoridades civis a gerenciar os problemas de saúde pública, o caráter da fundação hospitalar evoluiu de assistência caritativa, na qual predominava certo personalismo que estabelecia uma relação assimétrica entre quem assiste e quem era assistido, para assentar-se em uma assistência médico-clínica, cujo principal papel estava na funcionalidade técnica que só iria se firmar na passagem do século XIX para o XX.

2.1.2. A assistência social no Hospital da Caridade

Quando em julho de 1787¹⁶⁰ é finalmente inaugurado, o hospital-asilo construído com as esmolas arrecadadas por D. Frei Caetano Brandão, os habitantes de Belém, são brindados com uma nova casa de assistência denominada Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos, criada para amparar material e espiritualmente os pobres e desvalidos que se achavam na cidade e em seus arredores. Localizado no Largo da Sé, área do 1º distrito *da Cidade*, onde

¹⁵⁸ Como enfatiza Lepargneur “em meio secularizado a intenção diminui em importância, em prol da eficácia ou do resultado [...]”, sendo assim a partir desse momento recai sobre o hospital a responsabilidade de promover, sobretudo, “[...] o melhoramento da saúde e a diminuição do sofrimento [...]”. Cf. LEPARGNEUR, Hubert. op. cit., p. 28.

¹⁵⁹ WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit. p. 97.

¹⁶⁰ Conforme destaca Arthur Vianna, a inauguração do hospital ocasionou em Belém uma grande e solene festa que se estendeu por três dias a contar de 24 a 26 de julho daquele ano. Cf. VIANNA, Arthur. op. cit., p. 81.

ocupava um terreno que ficava às margens do “rio”¹⁶¹, o dito hospital fora instalado em um prédio que, segundo Arthur Vianna, não apresentava nenhum rigor arquitetônico, compreendendo apenas um casarão bastante espaçoso, ventilado e com boa iluminação¹⁶².

Ali os membros da Confraria de Caridade¹⁶³, que o mesmo frei organizara com o objetivo de assegurar recursos para a conclusão das obras e as posteriores despesas do hospital, se dividiam entre a gerência dos assuntos administrativos referentes á esta instituição, a esmolação feita semanalmente pelas ruas da cidade¹⁶⁴ e os cuidados despendidos diretamente aos pobres enfermos. Estes últimos levados a efeito principalmente através do trabalho desenvolvido pelos Visitadores da confraria¹⁶⁵, aos quais cabia dentre outras coisas o dever de “[...] visitar os enfermos, tanto os do Hospital, como os de fora [...]”, além do auxílio

¹⁶¹ O rio que citamos aqui corresponde, na verdade, a Baía do Guajará que compreende o litoral de Belém e, cujos moradores comumente a chamam de rio; termo que também é recorrente tanto na documentação da época da fundação do hospital, quanto na que diz respeito às epidemias ocorridas naquela cidade. Consultando tais fontes do Hospital de Caridade, pudemos perceber ainda que foi estratégica a escolha feita por Frei Caetano Brandão pelo terreno situado às margens do rio para a construção daquele nosocômio, pois tal condição facilitava o seu abastecimento de gêneros feito principalmente através do intenso comércio marítimo praticado em Belém desde os tempos coloniais, assim como também o transporte dos enfermos que vinham de outros lugares para serem “tratados” ali. Porém, vale ressaltar que essa localização geográfica chegou a favorecer também os enfermos que por diversas razões chegavam a fugir do hospital; sem contar, que á época dos conflitos da Cabanagem em 1835, já sob a administração da Santa Casa de Misericórdia do Pará, o hospital serviu de aquartelamento para os cabanos que foram atraídos para lá, dentre outras coisas, devido a facilidade de acesso ao rio. Sobre a trajetória da Santa Casa de Misericórdia no tempo da Cabanagem, ver Idem, p. 136.

¹⁶² Idem, ibidem, p. 58 e 79.

¹⁶³ Faltando um pouco mais de um ano para a conclusão do hospital, Frei Caetano Brandão, conforme cita Arthur Vianna, “[...] resolve congregar em confraria os seus auxiliares [nessa] piedosa tarefa [...]” estimulada pela prática da caridade que muito contribuiu para a construção daquela instituição de assistência. Tendo Jesus Cristo como patrono, a Confraria de Caridade, como foi chamada tal associação foi, portanto, durante algumas décadas a mantenedora e também a responsável pelos serviços desenvolvidos pelo referido hospital. Cf. Idem, ibidem, p. 58-70.

¹⁶⁴ Pelo regulamento que define as “formas da nova Confraria de Caridade” ficava determinado que “todos os Domingos pelas tres horas da tarde concorrerão os Irmãos á Casa do Hospital com as suas insígnias ao peito, e dahi sairão ordenados em duas alas pelas ruas da Cidade a pedir esmollas, pegando sempre os mais nobres nas alcofas, alem destes dois, outros mais com alcofas pequenas atraz, e adiante da Procissão despertando os fiéis com altas vozes. [...]”. Pastoral da Installação da confraria ou congregação da Caridade e mais ordens relativas ao regulamento da mesma. Apud Idem, ibidem, p. 70.

¹⁶⁵ Constituindo uma associação hierarquicamente organizada, a Confraria de Caridade era administrada por um corpo de oficiais, composto da seguinte forma: “[...] um prefeito, com as funções de presidente da sociedade; de um vigário, com as de vice-presidente; de um tesoureiro, a quem tocava ter sob sua guarda os haveres da confraria; de um cancelário, que devia secretariar a associação; e de quatro visitadores, cumprindo-lhes a averiguação do número de enfermos das diversas paróquias, bem como das condições em que se achavam e dos auxílios de que careciam”. Idem, ibidem, p. 71.

espiritual e temporal que algumas mulheres “de reconhecida virtude”¹⁶⁶, eram encarregadas de dedicar especialmente as pobres enfermas que se encontravam no mesmo nosocômio.

Pertencente então àquela associação, o Hospital da Caridade, como logo ficara conhecido, registrou durante os primeiros anos de sua existência, um significativo progresso no serviço de assistência social ofertado à população mais necessitada do Pará. As esmolas, legados e doações, que os grupos sociais mais abastados ofertavam ao Bispo e aos seus confrades, permitiram a essa fundação hospitalar recolher homens e mulheres “[...] vítimas da pobreza, e da miséria [...]”, que encontravam-se em “[...] total desamparo sem terem humilhação de farinha para matarem a fome”¹⁶⁷, e ainda lhes asseguraram um invejável conjunto de bens patrimoniais, que até o início do século XIX, contribuiu para manter suas avultadas despesas.

Foi somente após a incorporação do dito hospital pela Santa Casa de Misericórdia do Pará em 1807¹⁶⁸, que esse patrimônio formado, principalmente, por prédios espalhados pelas ruas de Belém e fazendas localizadas na ilha do Marajó, no rio Capim e na região do Tucunduba¹⁶⁹, começou a se transformar em propriedades decadentes e onerosas que pouco ou nada concorriam para a assistência hospitalar.

Na fala apresentada pela Presidência da Província do Pará a Assembléia Legislativa em 1849, dando ciência do estado de Saúde e Caridade públicas, é possível observar o diminuto rendimento que nos idos dos Oitocentos vinha alcançando o patrimônio do Hospital da Caridade, acerca de quatro décadas sob a administração da Santa Casa.

¹⁶⁶ A tais mulheres, ressalta Vianna, não eram dados os direitos e deveres de um oficial daquela confraria, cabendo a elas apenas auxiliar os visitantes em seu serviço. Ver Idem, *ibidem*.

¹⁶⁷ Ofício de D. Frei Caetano Brandão, Bispo do Pará, a Martinho de Melo e Castro, sobre a construção de um hospital. Coleção Manoel Barata, Lata 280, Pasta 2, Documento 2. IHGB.

¹⁶⁸ Já foi enfatizado por nós anteriormente, que no início do século XIX, os bens da Confraria de Caridade passam a cargo da Santa Casa de Misericórdia do Pará, contudo, vale ainda ressaltar que essa mudança ocorreu alguns anos após o afastamento de Frei Caetano Brandão da administração do hospital e da confraria que ele havia fundado. Uma determinação régia obriga o Bispo a voltar para a Europa em 1789, levando-o a deixar aquela tarefa sob a responsabilidade da nova autoridade eclesiástica, que em abril de 1807 envolve-se em um conflito de interesse político com o poder civil da Capitania do Pará, causando uma séria crise na referida confraria e no Hospital de Caridade. Desavença esta que acaba beneficiando na verdade, a Santa Casa que até aquele momento, caracterizava-se como uma associação de pouca expressão no Pará, posto que viviam em voltas com dívidas constantes que aceleravam a sua decadência. Cf. VIANNA, Arthur. *op. cit.*, p. 88-102.

¹⁶⁹ No Marajó, os bens patrimoniais da confraria implicavam na fazenda Bom Jesus e na fazenda Caviana na ilha de mesmo nome; no rio Capim, ficava a fazenda Graciosa além de outra no Tucunduba que possuía uma olaria, a qual alguns anos depois viria a se tornar sede do Hospital de Lázarus no Pará. Idem, p. 94-96.

Quadro 5: Patrimônio do Hospital da Charidade

Bens	Avaliação	Rendimento
A Caza que serve de Hospital	8:000\$000	4:642\$960
14 Prédios diversos	13:000\$000	944\$000
3 Braças de Chãos	400\$000	6\$000
Fazendas – Gracioza, no Rio Capim	3:000\$000	1:016\$010
“ – Bom Jesus, no Marajó	200\$000	\$
“ – Caviana, na ilha deste nome	2:000\$000	\$
Um Cacoal de um quarto de légua com 10:000 cacoeiros	1:000\$000	\$
Utensis, mobília e ferramentas	243\$800	\$
Escravos – Maiores – Masculinos 52	38:040\$000	2:588\$880
“ – Femininos 49		
“ – Menores – Masculinos 39		
“ – Femininos 22		
Somma ¹⁷⁰	66:683\$800 [65:883\$800]	9:107\$860 [9:197\$850]

Fonte: Fala do Presidente da Província do Pará Jerônimo Francisco Coelho, 1849, p. 53. Grêmio Literário e Recreativo Português (GLRP).

Num inventário organizado em 1848 por uma Comissão Inspetora¹⁷¹ nomeada pelo Presidente Jerônimo Francisco Coelho, com o intuito de melhor fiscalizar o sistema administrativo dos estabelecimentos a cargo da Misericórdia, nota-se, mesmo arrolado de maneira sucinta, que os haveres do Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos, foram avaliados, como ressalta o próprio Presidente, em importâncias muito aquém do que se supunha que poderiam valer. As fazendas Graciosa e Caviana, por exemplo, que chegaram a representar um dos principais meios de renda do hospital, quando este ainda pertencia a Confraria de Caridade, não valiam agora mais do que 3:000\$000 (três contos de réis) e 2:000\$000 (dois contos de réis) respectivamente; sem contar que àquela época, a fazenda Bom Jesus, no Marajó, que aparece orçada em apenas 200\$000 (duzentos mil réis), juntamente com a Caviana, nada rendiam ao mesmo hospital. As causas desse fato poderiam

¹⁷⁰ Os valores da soma da avaliação e dos rendimentos dos bens patrimoniais do Hospital da Caridade em 1848 que constam na documentação original não correspondem ao total dos valores prescritos acima, portanto os valores apresentados aqui entre colchetes foram recalculados por nós, considerando os números apresentados no mesmo quadro.

¹⁷¹ Na fala que dirige a Assembléia, o Presidente Jerônimo Coelho enfatiza que essa inspeção se deu por meio da organização de uma comissão sugerida por ele e composta por cinco membros, a saber, o Dr. Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães, presidente; Dr. Ambrozio Leitão da Cunha, Dr. Antonio Gonçalves Nunes, o Contador Manoel Rodrigues de Almeida Pinto e o Inspetor Antonio Agosinho de Andrade de Figueira. *Falla dirigida pelo Exm.º. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, Prezidente da Província do Grão-Pará á Assembléia Legislativa Provincial, na abertura da segunda sessão ordinária da sexta legislatura.* Pará, Typographia Santos & Filhos, 1849. p. 48.

ser explicadas alguns anos depois pelas palavras do próprio Provedor da Santa Casa Lucidoro Lourenço da Mota.

“Reconhecendo a Mesa Administrativa que [...] não tem podido pôr o serviço das fazendas em pé de regularidade tal que dellas se tirem os interesses que devião aparecer com o numero de escravos nestas empregados, ha convenções cada vez mais, que he de interesse vital para a Santa Casa a venda de seus bens e, com especialidade os das fazendas Gracioza, Bom Jezus e Caviana, as grandes distâncias em que estas fazendas estão torna impraticável exercer sobre ellas huma inspecção efficaz”¹⁷².

Por outro lado, destacados entre os bens mais valiosos do hospital estavam a casa em que este se achava instalado, os prédios e ainda os escravos. Essa parte do patrimônio, que embora reunida correspondia a quase 90% do valor total do cabedal hospitalar, não despontava, contudo, entre o rol dos bens mais rentáveis. Vale ressaltar o caso dos aluguéis ou arrendamentos dos prédios, que não chegavam a somar nem um conto de réis em seu rendimento, o que poderia ser atribuído tanto ao atraso no pagamento dos mesmos pelos seus arrendatários e/ou inquilinos quanto ao provável estado precário de conservação em que estes se encontravam, devido ao descaso ou as dificuldades administrativas e financeiras da Misericórdia.

O mesmo se pode considerar em relação à casa ocupada pelo Hospital da Caridade. Estimado em 8:000\$000 (oito contos de réis), o valor dessa propriedade correspondia a pouco mais da metade do que fora empregado para construí-la entre os anos de 1785 e 1787¹⁷³. Em 1848 as condições dessa fundação, que deveria acolher os infelizes e no mais, lhes promover um certo conforto físico e, sobretudo, espiritual, não eram, conforme as argumentações do Presidente Coelho, as mais satisfatórias, o que poderia justificar portanto, a relativa desvalorização do prédio.

“Melhor do que a mim vos é conhecido o estado de definhamento, em que jazia este caridozo estabelecimento: languescia elle tão mórbido como os próprios enfermos que recebia, e a administração de seus bens patrimoniaes, quadrava com o

¹⁷² Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano: 1850-1856, Caixa 144, Pasta 1852, Documento 8. APEP. Será somente no ano de 1861 que a Santa Casa de Misericórdia, sob a coordenação do Vice-Provedor, o Comendador Antonio José de Miranda, venderá a fazenda Bom Jesus e arrendará as terras da Caviana, transformando tais patrimônios, com esse negócio em recursos mais rentáveis para a irmandade. Ver Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano: 1861-1867, Caixa 247, Pasta 1862 ofícios, Documento 38. APEP.

¹⁷³ Na época de sua construção, as obras da casa do Hospital de Caridade implicaram em cerca de 30.000 cruzados, que em réis equivaliam aproximadamente 14:400\$000 (quatorze contos e quatrocentos mil réis).

tratamento mingoado, que se dava aos mesmos enfermos; o que tudo em outra occaziaõ me levou a dizer-vos, que este Hospital não se achava no pé de precisa sufficiencia para preencher dignamente os piedozos fins de sua instituiçã [...]¹⁷⁴.

Embora, ainda fosse considerado uma expressão dos sentimentos de compaixão e de humanidade para com a pobreza enferma, tal nosocômio, já não desempenhava a contento as suas funções caritativas. A séria crise que atravessava a Santa Casa de Misericórdia, naquele momento, o reduzira a um depósito de doentes, onde a assistência hospitalar se mostrava tão “mórbida” e “minguada” quanto o estado dos indivíduos que para ali seguiam. A situação era tão preocupante que no mesmo ano de 1848, a administração provincial resolve estabelecer uma reforma no compromisso da irmandade e junto, elaborar um regulamento para o hospital, na tentativa de melhorar o funcionamento do mesmo.

Todavia, é necessário salientar que na documentação disponível referente ao Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos e nos poucos estudos que tratam da trajetória da Santa Casa de Misericórdia do Pará¹⁷⁵, não existem dados específicos sobre a organização do serviço hospitalar estabelecido no citado regulamento, logo as informações que conseguimos reunir são provenientes dos indícios encontrados nas diversas fontes consultadas.

Promulgado em setembro de 1849, sob a mesma portaria que mandava executar em caráter provisório o novo compromisso da Santa Casa de Misericórdia¹⁷⁶, o regulamento do Hospital da Caridade, vigorou provavelmente durante toda a segunda metade do século XIX, visto que não se têm notícias da elaboração de outro regulamento até o ano de 1900, quando é

¹⁷⁴ *Falla dirigida pelo Exm^o. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho ...*, 1849, p. 47.

¹⁷⁵ Entre a pequena produção de trabalhos que tratam especificamente da Santa Casa de Misericórdia do Pará, podemos citar. VIANNA, Athur. op. cit.; BORDALO, Alípio Augusto Barbosa. *A Misericórdia Paraense, Ontem e Hoje*. Belém, Sagrada Família, 2000.

¹⁷⁶ Pela LEI orçamentária Nº 154 de 30 de novembro de 1848, junto com o novo compromisso da Santa Casa de Misericórdia do Pará e o regulamento do Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos são estabelecidos ainda, mais dois regulamentos; um para o Hospital do Tucunduba e outro para as fazendas. De caráter provisório, ambos foram executados através da Portaria de 30 de setembro de 1849, devendo ao longo de dois anos sofrer alterações necessárias para que se adaptassem á realidade do cotidiano da Santa Casa. Contudo, o contexto de epidemias que marcou os anos de 1850 com a febre amarela e, 1851 com a varíola, fez com que o novo compromisso só viesse a sofrer uma reforma de fato, em 1854, para ser novamente aprovado somente em 1858 e, no que tange ao regulamento do hospital, este passou, naquele período, apenas por pequenas mudanças em 1851, que quase não transformaram o seu texto original. Ver VIANNA, Athur. op. cit., p. 167, 190. Sobre a reforma do compromisso e as alterações do regulamento do hospital ver também PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa de Misericórdia, substituindo-o por outro. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, 1854 e LEI nº 219 de 16 de novembro de 1851, Título 3º Disposições Gerais, Capítulo Único, Art. 26. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*. Tomo XIII, Pará, Typographia Santos & Filhos, 1851, p. 200. APEP.

inaugurado um novo prédio que passaria a abrigar o hospital daquela irmandade. Devendo reorganizar as práticas de assistência hospitalar que até então, vinham sendo indevidamente geridas pelos irmãos de Misericórdia, as determinações do mencionado código, no entanto, não parecem ter estabelecido uma mudança radical nas atividades cotidianas do nosocômio, visto que algumas delas foram tão somente sistematizadas para adequarem-se as novas necessidades do estabelecimento.

Mesmo sendo ainda considerado, por excelência, o espaço de socorro do pobre desvalido e miserável que não tinha como prover os cuidados necessários á sua saúde, o Hospital da Caridade, antes mesmo da elaboração do seu regulamento, por exemplo, já registrava entre o movimento dos enfermos que eram recolhidos em suas dependências, outras categorias de doentes, que para obter o curativo ministrado ali deveriam despender uma determinada quantia que seria utilizada para custear o tratamento aplicado, a sua alimentação e as demais despesas ordinárias do serviço do hospital. Porém, devido a eventual falta de organização diante do aumento do fluxo de enfermos, estes seriam então, a partir dos anos que seguem o regulamento, reunidos em quatro classes diferenciadas compostas da seguinte forma: *marítimos*, formado pela Armada Nacional, pelos marinheiros da alfândega ou de canoa do interior e pelos marítimos de navios mercantes, que no geral tinham suas despesas pagas pelo Tesouro Público Imperial e Provincial; *pensionistas*, representado pelos doentes particulares, cujos gastos corriam por conta de seus próprios recursos; *pobres*, reunia todos aqueles que sem ter como pagar o tratamento, eram recolhidos no hospital às expensas da caridade dos irmãos da Misericórdia; e os *escravos*, que podendo ser da casa ou de particulares, cabia ao senhor o custo pelo tempo em que permanecessem no hospital¹⁷⁷.

Não obstante, por mais que não aparecessem agrupados entre os demais, podiam ser encontrados também entre os doentes levados para o hospital da Santa Casa, os presos pobres, cuja pensão diária custava aos cofres da Província, a módica quantia de trezentos réis¹⁷⁸; os “imigrantes sem meios”, que ao tempo da epidemia de febre amarela foram um dos mais

¹⁷⁷ A organização das classes dos enfermos que eram atendidos no nosocômio foi baseada na análise dos mapas estatísticos do movimento dos enfermos do Hospital de Caridade, enviados periodicamente pelo Provedor da Santa Casa ao Presidente da Província.

¹⁷⁸ Em 1877 em virtude da epidemia de varíola, a administração da Santa Casa apresenta á Presidência da Província uma correspondência deliberando em 2\$000 (dois mil réis) o valor da diária para os presos pobres e em 2\$500 (dois mil e quinhentos réis) para os escravos. Cf. Minutas de Ofícios à Santa Casa. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Códice 1609. Anos 1876 e 1877. Documento de 28.06.1877; Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1866, Documento 144. APEP.

atingidos, fazendo com que a mesma Santa Casa reservasse na década de 1850, “[...] dez camas destinadas para receber estes doentes no Hospital da Caridade, despendendo o Thesouro Provincial a quantia de 360\$000 por mês [...]”¹⁷⁹; além de alguns alienados, que geralmente eram encaminhados pela polícia, devido a inexistência de um hospício próprio, mas que não permaneciam ali por muito tempo, já que não havia um espaço específico para tratá-los sendo portanto, retirados ou para a enfermaria da Cadeia Pública da cidade, como fazia o Provedor Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães¹⁸⁰ ou para a fazenda Graciosa, onde o Dr. Francisco da Silva Castro, à frente da administração da Santa Casa de Misericórdia em 1864 costumava mandar “[...] os doidos mais ou menos mansos [...]”¹⁸¹.

Pelo que fica exposto, podemos observar que para algumas das categorias de enfermos, havia um determinado número de leitos, reservado em alas diferenciadas do nosocômio e uma tabela com o valor da pensão diária a ser paga pelos mesmos ou por quem os financiassem, que variava de acordo com a sua condição. As referidas diárias e o espólio dos doentes, juntamente com as esmolas e as doações, formavam a base da receita do hospital, que com freqüência se mostrava insuficiente, sobretudo, em razão, do atraso ou do não pagamento da quantia devida à Santa Casa por parte das instituições que mantinham enfermos no nosocômio da irmandade. Entre as correspondências dos Provedores da Santa Casa e os Presidentes da Província não era difícil encontrar ofícios, cujo teor se destacava pelo seguinte.

“Levo á prezença de V. Ex^a. a conta de dois engajados pelo governo, que forão tratado no mes de maio no Hospital de Caridade [...] e como continuarão a existir no hospital até que obtiverão a sua cura e sahirão estabelecidos, [...] solicito a V. Ex^a. para que ella seja paga pelo Thesouro Público Provincial, como tinham sido as anteriores”¹⁸².

Afora as contas que deixavam de ser pagas, os valores que ficavam estipulados para as diárias dos enfermos, não tardaram também em serem considerados ínfimos para cobrir os gastos necessários ao tratamento dos mesmos. Fato, que ao tempo das epidemias da segunda metade dos Oitocentos, ficou bastante acentuado, haja vista o aumento considerável de

¹⁷⁹ Cf. Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 107. APEP.

¹⁸⁰ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1854, Documento 52. Anexo. APEP.

¹⁸¹ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1864, Documento 98. APEP.

¹⁸² Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta agosto 1855, Documento 100. APEP.

doentes que corriam para o Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos, fazendo com que a Santa Casa, não raro, tivesse que despender uma quantia muito maior do que conseguia arrecadar. Em relatório apresentado ao Presidente Sebastião do Rego Barros, alguns meses da epidemia de cólera em Belém, o Provedor Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães, informava que ...

“Os marinheiros da Armada Nacional e Imperial continuam a ser tratados no Hospital de Caridade, mediante a diária de mil e duzentos réis por cada doente, quer marinheiro, quer official, a vista do alto preço em que estão os viveres, esta diária não paga as despesas, q’ se faz com cada hum [...].

Com esta conta se deverá requerer ao Governo Imperial o augmento da diária ou a despesa de serem estes doentes tratados neste hospital. Nem todos vós, Senhores sabeis o quanto elles são exigentes, há quase todos os dias a queixa de que os alimentos são de má qualidade, gritão dizendo que são elles quem sustentão o hospital, e que se lhes deve dar tudo o quanto quizerem”¹⁸³.

A tomar pela experiência da epidemia de cólera, nota-se que o contexto de crise epidêmica instaurado após a implantação do regulamento hospitalar em 1849, obrigou a Santa Casa a assumir, mesmo sem ter condições físicas e financeiras, os socorros despendidos á diversas vítimas daquele e de outros flagelos, aliviando os encargos das autoridades públicas e, simultaneamente, acarretando para o nosocômio um pejamento de enfermos e um excesso de despesas que não conseguiam ser saldadas com a baixa importância estipulada para as diárias e o parco auxílio pecuniário ofertado pelo Governo. Apesar da assistência ter sido estendida a indivíduos que até então buscavam outros meios de cuidar da saúde¹⁸⁴, o dito regulamento não retirara do Hospital Bom Jesus o seu caráter caritativo, o que implica em dizer, que embora houvesse uma relativa preocupação com todas as categorias de enfermos, o nosocômio pertencente à Santa Casa ainda não conseguia atendê-las adequada e satisfatoriamente, haja vista a existência de poucos recursos, ocasionando assim comportamentos como os dos marinheiros da Armada, que mesmo devendo ser tratados no Hospital Militar não hesitavam, segundo o Provedor, em queixar-se da debilidade do socorro ministrado.

Esse embaraço do serviço assistencial ocasionado pela crise epidêmica acabou sendo registrado também entre as outras classes de doentes, que em determinadas ocasiões recorriam

¹⁸³ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1854, Documento 52. Anexo. APEP.

¹⁸⁴ De acordo com Russel-Wood não se pode esquecer que “[...] o objetivo principal da Misericórdia era ajudar os pobres. Qualquer cidadão que pudesse pagar um médico recebia os cuidados em sua própria casa”. RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Editora da UnB, 1981, p. 221.

sem êxito ao malogrado auxílio da Misericórdia. Foi o que aconteceu com o marinheiro da alfândega José Antonio de Souza, que ao ser acometido pela cólera foi levado para o hospital da Santa Casa, onde deixou de ser recebido, “[...] por falta de camas para essa classe de doentes; de modo que o guarda mor [da alfândega] vio-se forçado a declarar que se responsabilizava pela despesa, para que o dito marinheiro não morresse sobre as pedras da rua”¹⁸⁵.

Porém a despeito dos problemas e das dificuldades em bem assistir aos enfermos, a Santa Casa de Misericórdia mantinha nesta árdua tarefa, uma equipe de empregados formada pelo regente do Hospital da Caridade, a quem competia a administração desse pio estabelecimento; por um médico que coordenava a clínica médico-cirúrgica do mesmo hospital; dois enfermeiros e uma enfermeira, que auxiliavam o dito médico nos socorros que deveriam ser aplicados aos doentes¹⁸⁶.

Escolhidos pela Mesa Administrativa da Santa Casa¹⁸⁷, que era a responsável por fixar e pagar os seus vencimentos, orçados em 300\$000 (trezentos mil réis) para o regente, 400\$000 (quatrocentos mil réis) para o médico, 150\$000 (cento e cinquenta mil réis) para cada um dos enfermeiros e 100\$000 (cem mil réis) para a enfermeira¹⁸⁸, estes empregados, à época das epidemias de febre amarela, cólera e varíola se tornaram logo insuficientes para

¹⁸⁵ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1857-1859), Caixa 212, Pasta 1857 ofícios, Documento 31. APEP.

¹⁸⁶ Encontra-se ainda entre os empregados da Santa Casa que prestavam serviço no Hospital de Caridade um porteiro, cujo vencimento correspondia a 100\$000 (cem mil réis). Ver PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa de Misericórdia, substituindo-o por outro. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, 1854, p. 131. Ver também Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 107. Anexo “Relação nominal dos atuais empregados da Santa Casa de Misericórdia do Pará”. APEP.

¹⁸⁷ Composta por seis mesários (Provedor; Vice-Provedor; Procurador Geral; Mordomo dos Hospitais e Visitador; Mordomo da Igreja, do Cemitério e dos Edifícios; Mordomo das Fazendas, dos Escravos e dos Pobres), a Mesa Administrativa, gerenciava juntamente com a Mesa Conjunta, formada também por seis irmãos que serviram de definidores, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Cf. PORTARIA de 14 de junho de 1854, que reforma o Compromisso da Santa Casa de Misericórdia, substituindo-o por outro. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, 1854, p. 70.

¹⁸⁸ Esses valores foram fixados pelo regulamento do hospital e refixados em 1854 com a reforma do compromisso da irmandade naquele ano e mantidos por toda a segunda metade do século XIX, mas é preciso salientar também que em momentos de crise, nem sempre a Santa Casa conseguia pagá-los devidamente, atrasando assim os vencimentos desses empregados. Ver Idem. Capítulo 10, Art. 79, § 5º; TABELLA dos vencimentos dos empregados da Santa Casa, p. 84 e 131. Sobre o atraso dos vencimentos ver Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1861 ofícios, Documento 14. Anexo. APEP.

atender a demanda de enfermos de todas as classes, que cotidianamente eram recolhidos na clínica médica do hospital acometidos principalmente por aquelas moléstias.

À frente desta clínica desde 1840¹⁸⁹, que reunia ainda o setor cirúrgico do Hospital de Caridade, estava o velho conhecido Dr. José Gama Malcher, o qual, acumulou a gerência desses dois setores até 1869, quando em 21 de outubro deste ano, é promulgada a lei nº 609, que altera o regulamento do hospital, dividindo “[...] o serviço das enfermarias em duas secções, uma de clínica médica e outra de clínica cirúrgica [...]”, permanecendo a primeira a seu cargo e a última, passando a cargo do também já conhecido Dr. Camilo José do Valle Guimarães, que há algum tempo vinha desenvolvendo a função de cirurgião-adjunto daquele nosocômio¹⁹⁰. Embora empregado do Hospital da Santa Casa, o Dr. Malcher figurava ademais entre os diversos facultativos que eram membros da irmandade da Misericórdia¹⁹¹, indicando assim, por um lado, o prestígio que os médicos gozavam na sociedade Oitocentista, haja vista, como foi informado anteriormente, o status que a condição de irmão dessa associação representava naquele meio e, por outro, como enfatiza Beatriz Weber, mostra o quanto esses mesmos médicos “[...] eram homens crentes e profundamente religiosos”¹⁹².

Valendo-se simultaneamente então, desse argumento religioso da caridade e dos mecanismos da ciência médica, a assistência hospitalar orientada pelo Dr. Malcher pôde contar também com os préstimos de vários facultativos ligados diretamente ou não à Santa

¹⁸⁹ Em relatório apresentado à Mesa Administrativa da Santa Casa na sessão de 2 de agosto de 1866, o Vice-Provedor Antonio Augusto de Almeida Figueira, informava aos mesários ali presentes, que o Hospital de Caridade ainda estava confiado ao Dr. José da Gama Malcher, que a cerca de 26 anos atuava naquele nosocômio. O que nos leva a deduzir que o seu trabalho na clínica médica vinha sendo desenvolvido desde o ano de 1840. Ver Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1867, Documento 167. APEP.

¹⁹⁰ Cf. LEI nº 609 de 21 de outubro de 1869. *Collecção das Leis da Província do Gram-Pará*. Pará, Impresso na Typographia do “Diário do Gram-Pará”. Tomo XXXI, Parte 1ª, 1870, p. 8. APEP; Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1870-1879), Caixa 319, Pasta 1870, Documento 1. APEP.

¹⁹¹ Entre os médicos que constavam na relação dos irmãos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de 1854, além do Dr. José da Gama Malcher, estavam também o Dr. Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães e o Dr. Augusto Thiago Pinto. Mais tarde destacam-se também entre os irmãos os Drs. Francisco da Silva Castro, José Ferreira Cantão, Antonio Joaquim Gomes do Amaral, Antonio Andres Capper, Camilo José do Vale Guimarães, Joaquim Pedro Corrêa de Freitas, Francisco Pereira de Souza Júnior e Américo Marques Santa Rosa, o qual assume em 1865 o cargo de Mordomo dos Hospitais e Visitador da Santa Casa. Cf. Relação dos irmãos da Misericórdia dos anos de 1854 e 1866. Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1854, Documento 46; Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1867, Documento 170. APEP.

¹⁹² WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit., p. 98.

Casa de Misericórdia. Com destaque para os Drs. Antonio Andres Capper, José Ferreira Cantão, Américo Marques Santa Rosa e Antonio Luiz de Almeida, os quais, segundo o Vice Provedor Antonio Augusto Figueira, socorriam através da sua ciência os casos encaminhados para o hospital na ausência de seu respectivo médico¹⁹³. E mais tarde também o Dr. Joaquim Cardoso de Andrade, que em 1879 “offereceu-se gratuitamente para médico adjunto do hospital”¹⁹⁴. Além é claro daqueles que ocuparam a provedoria da Misericórdia em tempos difíceis de crise epidêmica, tais como o Dr. Joaquim Fructuoso Pereira Guimarães, o Dr. Joaquim Pedro Corrêa de Freitas e sobretudo, o Dr. Francisco da Silva Castro, com quem o Dr. Malcher elaborou em 1864 o “*Formulário médico do Hospital da Caridade do Senhor Bom Jesus dos Pobres da Província do Gram-Pará*”¹⁹⁵.

Neste trabalho, os esculápios apresentavam uma relação de mais de seiscentas fórmulas terapêuticas, que segundo Clóvis Meira, resultavam da medicina naturalista feita pelo dito Dr. José Malcher e, deveriam ser utilizadas com os enfermos hospitalizados atacados pelas mais variadas doenças, com o propósito de diminuir o custo da manutenção do Hospital da Caridade¹⁹⁶. Entre cataplasmas, elixires, gargarejos, injeções, infusões, xaropes e outros esse formulário, trazia ainda uma numerosa relação de clisteres¹⁹⁷ compostos por diferentes elementos, dentre os quais podemos destacar.

“Clyster anti-febril
infusão de camomilla
sulfato de quinina
acido sulfúrico
Dissolva, junte e mande.

onças seis¹⁹⁸
grãos dezesseis

¹⁹³ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1867, Documento 167. APEP.

¹⁹⁴ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1870-1879), Caixa 319, Pasta janeiro 1879, Documento 17. APEP.

¹⁹⁵ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1864, Documento 67. APEP.

¹⁹⁶ De acordo com Clóvis Meira e Jane Beltrão, este formulário constava, nas memórias da “Família Castro”, entre os principais trabalhos publicados pelo Dr. Silva Castro. Ver MEIRA, Clóvis. *Médicos de outrora no Pará*. Belém: Grafisa, 1986, p. 18 e BELTRÃO, Jane. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará, 2004, p. 81, em especial, nota nº 66.

¹⁹⁷ Limpeza do reto feita através de água ou líquido medicamentoso. Ver Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0. Positivo Informática Ltda, 2004. Verbete “clister”.

¹⁹⁸ As onças correspondiam a antigas medidas de peso que variavam entre 28.691 gramas a 28.800 gramas. Cf. RUSSEL-WOOD, A. J. R. op. cit., Apêndice 4, p. 305; Novo Dicionário Eletrônico Aurélio. op. cit. Verbete “onça”.

Clyster purgativo electuario de sénne água comum fervendo Dissolva, junte e mande.	onças duas onças seis
Clyster vermifugo infusão de mastruço óleo de ricino ether sulfurico Junte, e mande” ¹⁹⁹	onças oito onças huma gottas seis

Constituindo uma das técnicas de “cura” mais comuns da Antiga Medicina Hipocrática, o clister, segundo Jofre M. de Rezende, ainda era muito prescrito pelos médicos do século XIX no tratamento e na profilaxia de todo tipo de enfermidade. Reflexo da falta de conhecimento sobre a etiologia das doenças e da crença de que a saúde humana dependia do equilíbrio dos humores corporais que podiam alterar-se pela influência de fatores externos e internos que ocasionavam as doenças, a lavagem intestinal feita através do clister tinha a função de promover a recuperação do enfermo expelindo o humor alterado ou vicioso e, purgando o organismo das possíveis substâncias tóxicas encontradas nos excrementos fecais, absorvidas quando ocorria a obstipação²⁰⁰.

Administrados durante muito tempo através de uma garrafa de couro ligada por um tubo, que mais tarde seria substituída, primeiramente, por uma seringa com capacidade para conter a quantidade desejada de líquido a ser injetado no reto e, em seguida, por um irrigador de metal esmaltado ou de porcelana, até chegar à bolsa de borracha, os elementos purgativos das fórmulas das poções dos diferentes clisteres combinavam em geral, as plantas conhecidas e freqüentemente utilizadas por grande parte da população local e alguns produtos químicos que, os esculápios acreditavam possuir também uma ação laxativa. Sendo então, uma terapêutica agressiva, invasiva e de duvidosa eficácia, o clister representava, sobretudo, uma medida de higiene, através da qual os médicos pretendiam estabelecer um controle somático dos indivíduos recolhidos no hospital, haja vista a idéia propagada na época, de que a obstipação dos dejetos humanos provocava um odor mefítico no corpo do doente, apontado como uma ameaça à qualidade do ar atmosférico do meio em que ele se encontrava²⁰¹.

¹⁹⁹ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1864, Documento 67. APEP.

²⁰⁰ REZENDE, Jofre M. de. Caminhos da Medicina. A crença na auto-intoxicação por estase intestinal e sua história. Disponível em: <<http://cultura.com.br/jmrezende>>. Acessado em: 18 set. 2006. Sobre os perigos da obstipação, ver também VIGARELLO, George. op. cit., p. 206.

²⁰¹ Sobre o odor do corpo doente, ver CORBIN, Allain. op. cit., p. 56-58, 65. Em virtude da concepção que estabelecia a necessidade do controle somático do enfermo, o hospital acaba se transformando em um espaço

Contudo, tanto o clister quanto as demais terapêuticas utilizadas, assim como todo o tratamento dos enfermos, eram receitados e orientados pelos médicos, mas aplicados aos doentes pelos empregados que se ocupavam da enfermagem do hospital. Reunindo a princípio, como citamos acima, dois enfermeiros e uma enfermeira, os serviços de enfermagem do Hospital Bom Jesus, foram primeiramente exercidos por indivíduos livres, que nem sempre possuíam conhecimentos e/ou habilidades específicas para cuidar dos enfermos das variadas classes que davam entrada naquele estabelecimento.

Apontadas como insuficientes e onerosas, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, acentuavam a debilidade do atendimento hospitalar da Misericórdia, que suscitava com frequência obstinadas críticas, publicadas regularmente nos jornais de Belém, atacando os serviços prestados por aquela irmandade. Em 11 de março de 1850, a coluna “O PUBLICADOR PARAENSE”, do jornal de mesmo nome dava destaque para o seguinte artigo.

“Não se pode negar o interesse que toma o médico da Santa Casa de Misericórdia o Snr. Dr. Malcher pelo bem dos enfermos sob sua direcção [...] desde que nelle tem entrada até o dia da sua sahida morta ou viva. Que importa porem tanto desvello da parte do zeloso facultativo, se na sua auzencia tudo alli fica entregue as moscas (segundo nos informão)! E apenas lá quando muito lhe parece he que o negro servente sujo arrima á cabeceira do infeliz a melancolica dieta, e tarde e a mais horas entorna na própria vasilha della a nauzeabunda mezinha para ser tomada pela mórbida mão do doente sem sentidos! E sem socorro!!...
[...]²⁰².

Incluídos também entre os funcionários do Hospital da Caridade, os serventes desta instituição eram negros escravos da Santa Casa, que ordinariamente ocupavam-se da limpeza do prédio e da condução dos víveres e gêneros oferecidos aos enfermos²⁰³. No entanto, devido à referida irregularidade dos serviços das enfermarias, que além de não possuir pessoal qualificado, contava apenas com um diminuto efetivo de enfermeiros, os serventes, não raro, acabavam concorrendo para aquele serviço, que segundo o periódico, dava pouca atenção a higiene e aos demais cuidados necessários ao tratamento dos infelizes, que na ausência do médico do hospital, permaneciam recolhidos ali sem receber socorro algum.

disciplinar dos indivíduos que ali eram tratados, lançando mão de mecanismo variados que pretendiam lhes impor uma higiene individual na tentativa de evitar a produção de doenças. Tais mecanismos são discutidos mais especificamente na parte seguinte deste capítulo.

²⁰² Jornal *O Publicador Paraense*, n. 8, 11/03/1850, p. 4. GLRP.

²⁰³ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1854, Documento 52. Anexo. APEP.

Não obstante, toda essa situação contrariava, em especial, a administração da Misericórdia, pois os problemas da assistência hospitalar, demonstravam que era preciso repensar o funcionamento do nosocômio, começando pela organização dos ditos serviços de enfermaria, que vinham sendo fortemente criticados. Desse modo, ao assumir a provedoria da Santa Casa em 1853, o Dr. Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães, passou a preterir os enfermeiros livres que trabalhavam no hospital da Caridade em favor do braço escravo²⁰⁴. Sendo entretanto, uma medida provisória, o Dr. Pereira Guimarães enunciava em seu relatório apresentado no ano seguinte à Presidência da Província, que havia meios, reputados por ele, como mais convenientes e adequados de resolver esse problema.

“Ha hum meio de sanar-se este mal se este serviço for preenchido por pessoas, q. desprovidas das vaidades do mundo se ocupem em alliviar a dor do aflito, elle será sem duvida completo feito como deve ser.

[...]

Faça-se vir da França, quatro a seis irmãs de Caridade para se empregarem neste serviço, peça-se ao Exm^o. Snr. Prezidente da Província que nos auxilie mandando emprestar pelo Thesouro Publico Provincial a quantia necessária para a passagem destas irmãs”²⁰⁵.

Àquela época o Provedor havia reduzido o número de enfermeiros a apenas um e, de acordo com o movimento do Hospital da Caridade relativo ao ano compromissal de 1853/1854, a quantidade de enfermos que entrara naquela instituição chegava a 399, condição esta que o médico admitia ser impossível manter com um único escravo que servia de enfermeiro²⁰⁶. Daí julgar então, que a vinda das irmãs de caridade seria uma boa alternativa para as dificuldades que enfrentava o hospital. Mas, como salienta Arthur Vianna, “isto não passou de projeto”, visto que o pouco empenho das autoridades públicas, fez com que o assunto caísse no esquecimento²⁰⁷.

Diante da situação, que só fez se agravar com os anos seguintes em virtude do aumento de enfermos coléricos e variolosos existentes na capital da Província do Pará e, que em geral eram levados para tratamento no hospital da Santa Casa, essa irmandade começou, por conseguinte, no final da década de 1870, quando a população de Belém enfrentava a mais

²⁰⁴ Idem.

²⁰⁵ Idem, *ibidem*.

²⁰⁶ O movimento do Hospital da Caridade no ano de 1853/1854 apontava que havia entrado 201 marítimos, 6 pensionistas, 103 pobres e 89 escravos, totalizando 399 enfermos. Contudo não sabemos ao certo o que levou Arthur Vianna a apresentar a cifra de mais de seiscentos enfermos entrados no hospital naquele ano. Ver VIANNA, Arthur. *op. cit.*, p. 320,321.

²⁰⁷ Idem, p. 321.

longa das epidemias de varíola²⁰⁸, a articular algumas medidas para tentar melhorar o atendimento hospitalar.

“Acho de interesse do hospital a criação do lugar de médico ajudante para ambas as clínicas com uma gratificação razoável, para a fim de visitar o estabelecimento das 4 horas da tarde em diante, e medicar os enfermos que entram depois das visitas médicas da manhã feitas pelos facultativos effectivos; por quanto os doentes que dão entrada depois das 10 horas do dia ficam privados dos socorros da medicação até o dia seguinte”²⁰⁹.

O transcorrer do tempo parecia não ter modificado em nada determinadas dificuldades cotidianas do hospital. Há um intervalo de quase trinta anos entre a polêmica levantada em um jornal da cidade, as angústias do Dr. Pereira Guimarães e este parecer apresentado no relatório do Provedor Dr. Joaquim Pedro Corrêa de Freitas, cuja proposta de empregar um médico ajudante para o Hospital da Caridade, visava regularizar as visitas médicas e concomitantemente os socorros aos enfermos, que ainda continuavam sendo esporádicos e deficientes. E no caso da assistência aos variolosos, essas circunstâncias se tornavam ainda mais graves, pois não podemos esquecer que sendo a varíola “velha conhecida” dos habitantes de Belém, estes sabiam muito bem os estragos que a moléstia causava quando os enfermos não eram rapidamente socorridos, devido a propagação acelerada da infecção.

O estado lastimável a que eram submetidos os enfermos que buscavam o auxílio do nosocômio da Misericórdia, só começaria a ser transformado portanto, em princípios da década de 1880. Percebendo que se tornara urgente resolver tais problemas, a Presidência da Província em conformidade com a Assembléia Legislativa, incluem na lei orçamentária Nº 1104 de 9 de novembro de 1882, a quantia de 12.000\$000 (doze contos de réis) para mandar buscar na Europa doze irmãs de caridade que se ocupariam do serviço interno do hospital²¹⁰.

Assinado o contrato entre a Santa Casa de Misericórdia do Pará e o Instituto das Filhas de Sant’Anna²¹¹, da Itália, em 20 de novembro de 1883, as seis primeiras irmãs chegam

²⁰⁸ Dentre as três epidemias ocorridas em Belém que destacamos neste trabalho, a varíola foi a que mais freqüentemente atacou a população dessa cidade no século XIX e, já ressaltamos no capítulo anterior, que nos anos de 1878 a 1885 foi registrado o quarto e maior surto da doença naquele espaço urbano.

²⁰⁹ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1870-1879), Caixa 319, Pasta janeiro 1879, Documento 17. APEP.

²¹⁰ LEI Nº 1104 de 9 de novembro de 1882. *Collecção das leis da Província do Gram-Pará*. Pará, Typographia do Jornal da Tarde, Tomo XLVI, Parte 1ª, 1882, p. 269. APEP.

²¹¹ Fundado na Itália por Rosa Gattorno em 08 de dezembro de 1866, o Instituto das Filhas de Sant’Anna tinha “[...] como insígnia a mais absoluta pobreza, e encaminhado por um rasgo da caridade que não se recusa a algum pedido por parte dos doentes e dos pobres, que as Irmãs visitavam em domicílio, e também, sempre

finalmente à Província do Pará em 1884, afastando os enfermeiros de seus cargos e assumindo a regência do hospital. Em se tratando então, de uma determinação contratual, não tardou, conforme é citado em uma das correspondências do Vice Provedor Antonio Joaquim de Almeida Vianna, para que o “cidadão Lucas Espinosa de Brito, que exercia o cargo de regente do mesmo hospital [de Caridade] ...” até 1883, fosse dispensado “[...] em consequência de ter assumido o exercício do mesmo cargo a superiora das irmãs de Sant’Anna [...]”²¹².

Sendo assim, de acordo com Arthur Vianna, “natural era que esta reforma encontrasse alguma oposição”, pois além disso, “nem todos confiavam nas qualidades das religiosas; espíritos havia fortemente prevenidos contra elas”²¹³. Embora o discurso da caridade, que caracterizava fundamentalmente a assistência prestada no hospital da Santa Casa, tenha atravessado o século, em meados da década de 1880, como foi explicitado adiante, a medicina hospitalar já se esforçava em lançar mão de mecanismo mais sistemáticos que por conseguinte, agissem também com mais eficiência sobre a dor e o sofrimento físicos dos enfermos e, nesse sentido, é que talvez para alguns, o trabalho feito pelas irmãs de caridade no interior do nosocômio, pouco ou nada concorria para aquele objetivo, visto que suscitava apenas o “velho” consolo espiritual para os males que a ciência, porventura, julgava ter o poder de curar.

No Rio de Grande do Sul, enfatiza Beatriz Weber, a perspectiva religiosa sobre a saúde e a doença, essencialmente defendida pelas Irmãs Franciscanas da Penitência que passam a atuar no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no começo do século XX, fez surgir por sua vez, na rotina daquele hospital, uma certa tensão entre o sagrado e o profano, a fé e o saber. Sem contudo, designar exatamente, pólos de concepções e atitudes opostas, visto que segundo ainda a autora, em determinadas ocasiões, as irmãs chegavam a se associar aos médicos e estes a elas, quando havia interesses comuns entre ambos²¹⁴.

gratuitamente, nos hospitais, noite e dia. Para viver e fornecer o necessário aos assistidos pedem esmolas”. Além de dedicarem-se ao ensino e à assistência aos pobres e doentes, a congregação católica acudia também as pessoas sozinhas, anciãs e abandonadas, proporcionando sobretudo, uma instrução religiosa e adequada as crianças e jovens, a fim de os inserir no mundo do trabalho. Ver <http://www.arquidiocesedefortaleza.org.br/congreg_comunid.asp?id_congreg=11&txt_congreg=Instituto+dadas+Filhas+de+Sant+Ana&txt_cat=Femininas>; <http://pt.wikipedia.org/wiki/Filhas_de_Sant%E2%80%99Ana>. Acesso em: 20 out. 2006.

²¹² Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1881-1889), Caixa 393, Pasta janeiro 1884, Documento 2. APEP.

²¹³ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 321.

²¹⁴ WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit., p. 156.

Portanto, embora os primeiros anos de convivência entre as irmãs de caridade e aqueles que se posicionavam contrários a sua permanência no Hospital Bom Jesus, tenham sido marcados por uma relação difícil em que colocava em cheque o tempo todo as supostas vantagens daquele acordo, tal fato não perpetuaria também um “jogo dos contrários” naquele estabelecimento, porquanto, os homens de ciência que ali atuavam e os demais irmãos da Misericórdia – e muito provavelmente também os enfermos – logo começaram a perceber as diferenças que a assistência hospitalar passou a apresentar. Nas palavras de Vianna,

“[...] todos quantos tinham conhecido os serviços internos do hospital do Senhor Bom Jesus, ao tempo do enfermeiro-mór e dos serventes, reconheceram os sensíveis melhoramentos que o trabalho assíduo e caridoso das mulheres produzia sempre. Pela sua perseverança abnegada, com seus acurados esforços, com a restricta economia da sua manutenção e dos seus salários, as religiosas da Misericórdia lograram os applausos geraes, conseguiram mesmo captar a sympathia d’aquelles que mal pressagiaram a sua vinda”²¹⁵.

Em maio de 1889, o Presidente da Província João Policarpo dos Santos Campos em visita ao Hospital da Caridade, declarava em seu ofício enviado a provedoria da Santa Casa, não ter podido deixar de notar ...

“[...] o acceio e bôa ordem que n’elle se mantem devido, não só ao zelo e caridade com que se desempenham ellas [as irmãs] da humanitária missão a que se votaram, como dos esforços da Meza Administrativa da Santa Casa [...]”²¹⁶.

Dispondo de uma certa autonomia em função da regência das atividades do cotidiano hospitalar, ao final dos anos oitenta do século XIX, as irmãs de caridade, passam a figurar entre os principais responsáveis por impingir ao nosocômio um maior asseio e uma relativa ordem estrutural, que ao longo das últimas décadas vinham sendo tão caras a Misericórdia. Com a ação “higienicamente caridosa” de tais irmãs, a assistência do hospital da Santa Casa, ganha então um novo aspecto, mas paradoxalmente, os serviços de enfermagem permanecem restritos a servir e ajudar com espírito de caridade os doentes internados, posto que as religiosas, tal qual analisa Weber, valiam-se muito mais dos princípios cristãos da congregação do que das estratégias técnicas dos médicos²¹⁷.

Fato que pode ser melhor compreendido se atentarmos que, apesar de terem concorrido para aquelas verossímeis melhorias do Hospital Bom Jesus, faltava provavelmente

²¹⁵ VIANNA, Arthur. op. cit., p. 322.

²¹⁶ Minutas de Ofícios ao Provedor da Santa Casa. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Códice 1987. Ano 1889. Documento de 04.05.1889. APEP.

²¹⁷ WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit., p. 161.

também às religiosas Filhas de Sant'Anna, uma preparação específica que atendesse todas as necessidades que, foram impostas ao hospital ao término dos Oitocentos. De acordo com Luis Graça e Isabel Henriques, em virtude do processo de avanço da medicina e de secularização da sociedade e do hospital, característico das últimas décadas do XIX, a ausência de um perfil vocacional e os arraigados valores morais atribuídos às irmãs de caridade, fazem com que elas deixem de satisfazer as novas exigências das clínicas médica e cirúrgica daquela instituição, haja vista não poderem assistir aos partos, nem a exames ginecológicos, estarem proibidas de tratar doenças sexualmente transmissíveis, só poderem prestar cuidados parciais aos doentes do sexo masculino e etc²¹⁸.

As irmãs de caridade, como enfatiza ainda Beatriz Weber, estavam então, mais atentas a fé do que a ciência e, ajudavam de certa forma a manter no interior do hospital uma perspectiva religiosa de assistência, posto que consideravam, segundo a autora, que sua principal missão era preparar os enfermos para uma boa morte²¹⁹.

Preocupação esta, que na verdade, fazia parte da assistência social como um todo do Hospital da Santa Casa. Responsável, pelo socorro ministrado em vida aos doentes, cabia, outrossim, a essa instituição prestar auxílio aos moribundos que eram levados às suas instalações na esperança de alcançar o alívio de seu sofrimento, assim como também aos mortos, que comumente acabavam ali dando o seu último alento. Conforme ficava estabelecido no artigo nº 14 do Regulamento do Cemitério da Soledade, o qual pertencia igualmente a Santa Casa de Misericórdia do Pará, constavam entre os que podiam ter sepultura gratuita naquele “campo santo”, “[...] os cadáveres dos pobres falecidos no hospital da Santa Casa, os que forem mandados com certificado dos parochos como pessoas indigentes e, os dos presos pobres”²²⁰ Determinação que o artigo de nº 27 complementava, estabelecendo inclusive que “a Santa Casa fará a sua custa o enterramento de cadáveres, que tem sepulturas grátis, prestando mortalhas, e fazendo-os conduzir no esquife pelo seus escravos”²²¹.

É importante lembrar, como expusemos há algumas páginas, que esse tipo de assistência era o que muitas vezes impulsionava a população mais pobre a buscar a tão propagandeada caridade hospitalar, pois ao garantir-lhes dentre outras coisas um modesto e

²¹⁸ Cf. GRAÇA, Luis; HENRIQUES, Isabel A. Irmãos e Irmãs de Caridade: os primórdios da enfermagem na Europa. Disponível em: <www.ensp.unl.pt/lgraca/textos67.html>. Acesso em: 22 jun. 2006.

²¹⁹ WEBER, Beatriz Teixeira. op. cit., p. 155.

²²⁰ Cf. RESOLUÇÃO Nº 181 de 09 de dezembro de 1850, que aprova, com as alterações nelle feitas, o regulamento do Cemitério de Nossa Senhora da Soledade desta Capital de 25 de maio de 1850. *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XII, Parte 1ª, Pará, Typographia Santos & Filhos, 1850, p. 47. APEP.

²²¹ Idem, p. 52.

maculado funeral e, não raro uma torpe sepultura rasa nos terrenos dos cemitérios da cidade, a morte ocorrida naqueles pios estabelecimentos poupava aos parentes das vítimas de diferentes moléstias, terem de enfrentar as dificuldades e a grande burocracia existentes para conseguir inumação gratuita nos mesmos cemitérios quando se morria longe dos nosocômios²²².

Pelo Regulamento do Soledade

“a pessoa encarregada do enterramento de qualquer corpo compreendido da exceção – grátis – é obrigado a procurar e a obter a nota de assento do obito, do parcho da Matriz e, do médico assistente, ou dos encarregados da visita mortuária, a quem competir quando o falecido não tenha tido assistente, a fim de haver a declaração do nome da moléstia [...]”²²³.

Para que um cadáver pudesse ser sepultado era necessário apresentar ao administrador do cemitério um documento assinado pelo Chefe de Polícia, contendo no verso a nota de assento de óbito pelo cura da freguesia em que até então residia o morto acompanhado da declaração do médico assistente ou de visita mortuária, identificando a natureza de sua moléstia. Exigências que quase sempre causavam demora e embaraço aos referidos enterramentos, pois embora a Mesa Administrativa da Santa Casa tivesse o poder de nomear para a função de médico das visitas mortuárias, um dos facultativos que atuavam em seu hospital²²⁴, alguns deles chegavam a se negar a prestar tal certificado de moléstia “[...] quando o falecido não tenha recebido a assistência da medicina”²²⁵ em casa ou no nosocômio.

Note então, que apesar da irregularidade e do fato de nem todos terem acesso a assistência hospitalar antes e após a morte, o auxílio proveniente de tais instituições de socorro e de amparo parecia ser imprescindível, sobretudo, para aqueles que não tinham como buscá-los fora da caridade.

Assim mesmo sob esse quadro não muito satisfatório de assistência, o Hospital de Caridade Bom Jesus dos Pobres Enfermos desempenhou papel primordial na segunda metade do século XIX, amparando e socorrendo grande parte dos amareletos, coléricos e bexigosos

²²² Em momentos de epidemia era praticamente impossível garantir às vítimas dos mais diversos grupos sociais, um funeral e um enterramento cristão, posto que no geral a grande quantidade de óbitos dificilmente permitia que as inumações fossem feitas em sepulturas individuais como determinava as regras de higiene. Ver CORBIN, Allain. op. cit., p. 134 e 135. Sobre o papel dos cemitérios e a importância da inumação em período de epidemia ver REIS, João José. *A morte é uma festa*. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

²²³ RESOLUÇÃO Nº 181 de 09 de dezembro de 1850, artigo nº 25, p. 51.

²²⁴ Idem, artigo nº 29, p. 52 e 53.

²²⁵ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1857-1859), Caixa 212, Pasta 1858 ofícios, Documento 52. APEP.

que se espalharam por Belém durante a crise epidêmica daquele período. Numa cidade em que as condições sanitárias eram precárias e muitas doenças faziam parte do dia-a-dia de uma população, cuja maioria não tinha como prover os cuidados necessários à sua saúde, aquela fundação hospitalar, chegou a representar ao mesmo tempo, exclusivo mecanismo de alívio físico e espiritual para o sofrimento e o desespero gerados pela fúria daqueles males, assim como também foco de propagação dos mesmos tornando-se um perigo à salubridade pública.

2.1.3. O Hospital de Caridade e as estratégias médico-sanitárias no tempo das epidemias

Situado, como já sabemos, numa área compreendida pelo 1º distrito *da Cidade*, que abrangia toda a Freguesia da Sé, parte mais antiga e mais populosa de Belém, o Hospital Bom Jesus, fora edificado portanto, no local de moradia das famílias mais importantes e abonadas do Pará e, onde os aspectos e serviços urbanos estavam, por conseguinte, mais desenvolvidos²²⁶. Com esta localização geográfica a princípio considerada privilegiada, o hospital encontrava-se entre os principais prédios públicos da cidade²²⁷ e, constituiu praticamente a única casa de socorro a que a população pôde valer-se face à recorrência e ao aumento dos problemas de saúde registrados a partir da década de 1850.

Projetado originalmente, para acolher cerca de cem enfermos, como bem ressaltava o seu fundador, o nosocômio de propriedade da Santa Casa de Misericórdia, não tinha então, capacidade e condições suficientes para atender a todos que em tão desesperador momento de epidemias buscavam o seu auxílio. Tendo sofrido poucas modificações desde a sua fundação até a epidemia de febre amarela, quando seguiram para lá um grande número de pessoas vitimadas pela doença, o edifício hospitalar, logo se revelou inadequado para tratar de tantos enfermos que passaram a bater à sua porta regularmente. Antes da eclosão da crise gerada pela peste amarílica e pelas demais moléstias pestilenciais que acompanharam os habitantes de Belém por mais de quarenta anos, o Hospital de Caridade estava arquitetonicamente organizado da seguinte forma.

²²⁶ SALLES, Vicente. *O negro no Pará sob o regime da escravidão*. 3ª ed.: Belém: IAP; Programa Raízes, 2005.; CRUZ, Ernesto. *Belém: aspectos geo-sociais do município*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, v. 1, 1945, p. 106.

²²⁷ BAENA, Antonio Ladislau Monteiro. *Ensaio Corográfico sobre a Província do Pará*. Brasília: Edições do Senado Federal, v. 30, 2004 [1839], p. 194.

“[...] No primeiro pavimento do quadrado da frente sobre o qual levantaram os dois sobrados está a casa, que se destinou para a botica, e o corredor da entrada. No segundo pavimento a sala do consistório dos Irmãos da Caridade, e a casa do cofre. E o terceiro é todo uma sala.

No primeiro pavimento do quadrado da espalda do edifício duas casas desiguais para enfermaria quando seja preciso, uma galeria, com pilares e balaústres de madeira, e latrina de fácil escoamento e com vestíbulo entre as portas. Debaixo deste pavimento há outro todo lajeado, onde se achava a cozinha e os aposentos dos escravos, com janelas e portas para um cais de cantaria com escada para o rio. No segundo pavimento há uma sala e outra menos larga, ambas para enfermarias, sendo preciso, galeria igual à de baixo e latrina.

O primeiro pavimento do paralelogramo, que une os dois referidos quadrados, é uma enfermaria assoalhada de taboas até a coxia, da qual o soalho é de ladrilho. O segundo é uma grande casa e galeria [...]. A dita grande casa é uma enfermaria que tem vinte e um cubículos sem porta, mas que se fecham com cortinas de lençaria da Ásia, e suficientes cada um para conter o leito. E tem no fim da coxia um altar [...] esta enfermaria tem saída para o consistório, para as casas da parte que olha para o mar [...]. A enfermaria das mulheres é no terceiro pavimento do quadrado da frontaria [...]. Nesta mesma enfermaria há uma janela coberta com gelosia, da qual assistem as enfermas à missa, que se diz no sobredito altar”²²⁸.

Instalado em dois sobrados, cuja estrutura de três pavimentos apresentava diversas dependências interligadas umas com as outras, o referido Hospital de Caridade, que outrora, restringia-se a zelar pelo bem estar dos desgraçados doentes e necessitados, possivelmente foi estruturado para poder desempenhar as complexas funções assumidas pelos nosocômios a partir do século XVIII, quando além de recolhimento começavam a servir também de instrumento terapêutico para a medicina em ascensão²²⁹. Típico do ambiente urbano e herança da influência arquitetônica lusitana, o sobrado²³⁰ era uma construção que embora possuísse características apontadas pelos adeptos da teoria infeccionista/aerista²³¹ como favoráveis à conservação da saúde, por dispor geralmente de várias e amplas portas e janelas que garantiam a ventilação e a eventual purificação do ar atmosférico, preservavam por outro

²²⁸ Idem, p. 196.

²²⁹ Vide a primeira parte deste capítulo.

²³⁰ O termo sobrado tem origem na palavra latina *superatu* – “que está por cima”. Edifício com mais de um andar e com uma área construída relativamente grande, o sobrado, na época colonial, era a residência dos senhores nas cidades e marcava o início de uma incipiente urbanização no Brasil. Sobre a importância dos sobrados entre as moradias urbanas no Brasil, ver FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mocambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1936.

²³¹ Como destaca Allain Corbin, em meados do século XVIII, os preceitos da teoria infeccionista, lançaram as bases da concepção aerista, segundo a qual pelo controle do ar atmosférico era possível conter os eventuais miasmas causadores de doenças, que emanavam dentre outras coisas, de determinados locais onde não havia ventilação suficiente, impedindo o fluxo natural do ar, se tornado assim, pútrido, nauseabundo e prejudicial à saúde humana. Ver CORBIN, Allain. op. cit, p. 130 e 131; ver também FOUCAULT, Michel. op. cit.; VIGARELLO, George. op. cit.

lado, uma disposição espacial, que paradoxalmente representava um certo perigo aos imperativos higienistas dos mesmos teóricos.

De acordo com Allain Corbin, até o desenvolvimento da arquitetura das Luzes, a qual sofria influência direta das perspectivas da aeração característica daquele século e que se perpetuaria até meados do século seguinte, grande parte dos edifícios que serviam de moradia e que abrigavam fundações hospitalares naquele período davam pouca atenção às necessidades de circulação interna do ar e tão pouco se importavam com os cuidados especiais de higiene demandados por determinados recintos como latrinas e porões, considerados naturalmente como mefíticos e nocivos às propriedades depuradoras do ambiente. Assim, tentando mudar esse cenário de reduzida salubridade das construções, grande parte dos planos de edificação organizados dali por diante, passaram a condenar a existência ou os usos antigos atribuídos àquelas dependências, destacando-se, portanto, por estabelecer uma nova distribuição funcional a certos compartimentos, a fim de promover no interior dos prédios uma possível “[...] divisão entre as exalações pútridas e as correntes de ar fresco, da mesma forma que deveriam permitir a distinção entre águas puras e águas usadas”²³².

Diante disso, na medida em que eram representados por um prédio com mais de um andar, que suscitava amplas instalações, nas quais reputava-se não haver nenhuma dificuldade para a renovação atmosférica, os sobrados, não tardaram por despontar entre as edificações indicadas como “símbolos de grandeza, [e que] também atestam a crença na virtude purificadora do ar”²³³. Todavia, por mais que parecessem propícias para atender aos anseios das obsessões aeristas, em sua maioria, as casas urbanas assobradadas, como bem mostrou Antonio Baena em sua descrição a respeito do hospital da Misericórdia, ainda não apresentavam uma estrutura coerente com as perspectivas de saúde. Assentadas sobre uma espécie de “falso porão” que, segundo Paulo Bertran, serviam fundamentalmente para separar a casa da umidade do solo, além de fornecer-lhe um estoque de ar quente que mesmo ajudando, em determinadas épocas do ano, a manter a temperatura do meio residencial – ou no caso, do meio hospitalar, a restrita aeração do local, combinada com o excesso de umidade, faziam com que desprendesse substâncias nauseabundas que lhes impunham tão doentias condições²³⁴.

²³² CORBIN, Allain. op. Cit, p. 130.

²³³ Idem, p. 131.

²³⁴ BERTRAN, Paulo. A construção da casa no Brasil. Disponível em: <<http://www.altiplano.com.br/ArqPauloBertran.html>>. Acessado em: 08 nov. 2006.

Imerso sobre o soalho de madeira ou sobre a laje do primeiro pavimento superior, como se verificava no Hospital de Caridade, o porão tinha em geral, o solo barreado ou revestido de pedra de cantaria, que como enfatiza o mesmo Bertran, não eram materiais totalmente adaptáveis às variações climáticas, pois tanto o barro quanto a pedra convinham às temperaturas altas das estações mais quentes – o primeiro, por conservar propriedades de absorção hídrica e, o segundo, por ser mal condutor do calor externo – porém em contrapartida, tornavam-se danosos nas épocas mais frias e chuvosas do ano, já que as ações dos ventos e a freqüência das águas pluviais, intensificavam ainda mais a umidade²³⁵. Fator que segundo Corbin, poderia comprometer a salubridade do espaço e exercer influência mediata sobre o corpo, já que tinha o poder de alterar ou recuperar “o equilíbrio difícil entre o meio interno e a atmosfera”²³⁶.

Tal como ocorria também com as latrinas, pois apesar delas estarem, conforme mostra a disposição espacial do Hospital Bom Jesus, aparentemente bem arrançadas às proximidades das enfermarias, esta localização, considerando a ansiedade higienista da época, poderia sugerir, na verdade, um grande incômodo e, sobretudo, mais uma expressiva ameaça à recuperação dos doentes, visto que a natureza pútrida dos excrementos, ao produzir um odor bastante fétido, degradava todo o ambiente daqueles compartimentos, comprometendo, desse modo, o bem estar dos que ali se encontravam.

Contudo, foi então, na tentativa de evitar situações como essa, que se tornara mister promover no interior dos hospitais, não só o afastamento e/ou o isolamento das latrinas, mas sobretudo, o controle da “matéria morbi” dos excrementos, que como vimos, poderia ser feito através dos usos cotidianos de terapêuticas como o clister, entretanto, de acordo ainda com Corbin, dependia igualmente do planejamento e da viabilização de uma selecionada e rigorosa dieta alimentar, a qual combateria a corrupção orgânica e fortaleceria os humores corporais dos enfermos. Nas palavras do autor, “os ingesta, isto é, o ar, as bebidas e os alimentos, regulam os excreta e, portanto o odor individual”²³⁷ – que provavelmente, aliviaria o pesar das latrinas e, por conseguinte, a corrupção ambiental do nosocômio.

²³⁵ Idem.

²³⁶ Ver CORBIN, Allain. op. cit., p. 20 e 131. Sobre o estado pouco salubre dos espaços de confinamento, ver também VIGARELLO, George. op. cit.

²³⁷ CORBIN, Allain. op. cit., p. 56. Em seu tratado *Da natureza do Homem*, Hipócrates afirma que, “as doenças provêm umas das dietas, outras do ar, o qual inspiramos para viver” e, embora cada uma destas causas caracterize fenômenos diferenciados, posto que, segundo ele, numa epidemia a origem da enfermidade está essencialmente no ar respirado por todos e não nas dietas, que geralmente são diferenciadas, estas quando mal organizadas também contribuem para a “constituição” epidêmica, na medida em que acelera a debilidade do

Quanto às enfermarias, estas pareciam estar longe de promover o restabelecimento do estado patológico dos doentes, pois além das proximidades com as latrinas, as tábuas com que algumas delas eram assoalhadas e a divisão em vários cubículos que umas e outras apresentavam, podiam aumentar ainda mais o aspecto nauseabundo do local. A madeira usada no soalho, por exemplo, com sua grande capacidade de impregnação de substâncias e de odores pútridos emanados sobretudo, das gangrenas dos corpos dos enfermos, apodrecia facilmente, acelerando o processo de infecção das doenças²³⁸, ao passo que os “vinte e um cubículos sem porta” encontrados ali e, que segundo Baena, mal davam para caber o leito, sugeriam que apesar da extensão das salas e das casas onde estavam instaladas as enfermarias, estas nem sempre acomodavam adequadamente os enfermos e nem tão pouco favoreciam o livre fluxo do ar. Sem esquecer também que a ‘lençaria’ utilizada no lugar da porta dos referidos cubículos poderia ser mais um elemento a contribuir para o agravamento do estado de saúde dos que fossem recolhidos para lá, posto que os panos de algodão de que geralmente se lançava mão, figuravam de acordo com George Vigarello, entre os tecidos que constituíam “asilos para o mau ar”²³⁹.

Até às vésperas das epidemias, o Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos já apresentava então, um estado, no mínimo, comprometedor e preocupante, o qual logo que começam a surgir os primeiros sinais das enfermidades, se torna cada vez mais grave. Em 1854, faltando alguns meses para o aparecimento da cólera em Belém e depois de acolher os acometidos pela febre amarela e pela varíola, tais eram, segundo o Provedor da Santa Casa, as condições do dito hospital.

“[...] dia para dia se reconhece a necessidade de construir-se hum novo edificio com as proporções sufficientes para recolher o numero de doentes que procuraõ o beneficio da caridade. Com tudo fazendo-se algumas obras no edificio actual pode tornar-se soffrivel [...] desmanchando-se as paredes e divisorias que formão um quarto na frente do rio haverá mais huma enfermaria [...].
A rouparia não he sufficiente p^a. o movimento dos doentes q. se trataõ neste hospital [...]. As verbas das despezas menos urgentes deviaõ ser applicadas na compra de roupas pois que estando completa a quantidade precisa, melhor commodidade e maior acceio se pode dar aos doentes [...].

organismo dos doentes, atribuindo-lhes aspecto mórbido e mefítico. Ver HIPÓCRATES. “Da natureza do Homem”. Apud CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JÚNIOR, Wilson A. *Textos hipocráticos*. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 39-59.

²³⁸ Ver CORBIN, Allain. op. cit., p. 40.

²³⁹ VIGARELLO, George. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 11.

A falta que se nota nas roupas se encontra nos utensílios e moveis próprios deste estabelecimento [...]²⁴⁰.

Tendo sido excessiva a contaminação por febre amarela e varíola registrada, respectivamente, entre os habitantes da Capital da Província do Pará nos anos de 1850 e 1851, em 1854, apesar do arrefecimento destas epidemias, alguns casos de bexigas e do “mal de São”, ainda continuavam sendo identificados e levados para tratamento no Hospital Bom Jesus, fazendo portanto, com que a frequência dos doentes atacados por estas moléstias causassem um certo pejamento nas dependências daquela instituição. Procurado por um elevado número de enfermos, o hospital não tinha como lhes oferecer um tratamento completo e adequado, forçando a administração da Santa Casa, a apresentar uma proposta de ampliação e reforma do seu prédio, para aumentar, em especial, o número das enfermarias. Contudo, vale ressaltar mais uma vez, que semelhante idéia figurava entre as mais recomendadas pela classe médica da época – ligada ou não àquele estabelecimento – que “indiferente” aos reais fatores que desencadeavam as epidemias, condenavam contundentemente o amontoamento desordenado dos enfermos.

No entanto, adequar-se às perspectivas da ciência, implicava muito mais do que apenas construir novas enfermarias. Era preciso, como discutimos acima, que elas fossem adequadas ao tratamento das enfermidades e apresentassem condições satisfatórias de higiene, o que implicava então, dentre outras coisas, em cuidar também das condições de limpeza de toda a rouparia e dos utensílios e móveis do hospital utilizados pelos mencionados enfermos, assim que davam entrada no estabelecimento. De acordo com Jane Beltrão, em tempos ordinários, quando eram admitidos no hospital, os doentes recebiam “[...] uma camisa, um par de calças, um barrete, um capote, um coturno e chinelos” e, além de tudo isso, para as mulheres, somava-se ainda uma coifa e uma faixa. E quanto aos utensílios destacava-se: “um guardanapo, um prato ou uma tigela, uma ou duas canecas para água e para vinho, um garfo, uma faca e uma colher”, acrescidos de uma escarradeira e de um urinol²⁴¹. Prática que em épocas de epidemias, ou mesmo de recuperação delas, como observamos na exposição da provedoria da Santa Casa, comumente era alterada ou difícil de manter, haja vista, o embaraço sofrido pelo hospital diante do excesso de doentes.

Pelas regras de higiene propagadas desde as últimas décadas do século XVIII, George Vigarello deixa isso bem claro, a manutenção da salubridade pública passa a ser

²⁴⁰ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1854, Documento 52. APEP.

²⁴¹ BELTRÃO, Jane. op. cit., p. 266.

fundamentalmente sinônimo de limpeza tanto do espaço coletivo quanto do corpo individual. Critérios que naquele contexto, reforçam a concepção urbana de prevenção de doenças e conservação da saúde, destacando-se principalmente nos lugares mais visados da cidade, tal qual os hospitais, que dentre os mecanismos laboriosos utilizados para zelar pela higiene do ambiente hospitalar consideravam também os cuidados atribuídos à limpeza e a conservação das roupas usada no interior do nosocômio²⁴².

Para evitar a formação de uma atmosfera deletéria e, conseqüentemente, a proliferação das moléstias pestilenciais, era imprescindível que as roupas de cama e as usadas pelos doentes nas enfermarias, passassem a ser trocadas com maior freqüência. Dependendo da doença e da reação física do paciente aos sintomas das mesmas, além das terapêuticas empregadas no seu tratamento, lençóis e vestimentas deveriam ser trocados em uma semana ou de quinze em quinze dias²⁴³. Daí então a preocupação do Provedor com a comodidade e o asseio dos enfermos, pois sendo a rouparia do Hospital de Caridade, insuficiente para todos, tornara-se difícil fazer a troca dessas peças regularmente, o que poderia, outrossim, transparecer facilmente, o aspecto nauseabundo e insalubre do nosocômio, visto que os padrões de higiene da época, começavam a estender àquela instituição o uso da roupa branca como determinante de limpeza da mesma²⁴⁴.

Assim quando em maio de 1855 a cólera se instala em Belém, o hospital da Santa Casa de Misericórdia reclamava portanto, melhorias urgentes. O estado sanitário da Província não era nada satisfatório, devido a quantidade de coléricos que crescia a cada dia e, a principal instituição de saúde que deveria socorrê-los se revelava bastante limitada por não dispor de condições apropriadas para isso. Em pouco tempo, o hospital que aparecia entre as principais instituições do 1º distrito, para não privar do auxílio da “caridade”, sobretudo, os enfermos mais necessitados, passa a acudir as vítimas da cólera, na enfermaria provisória situada no 2º distrito da Campina, com o intuito de “[...] abrir as portas do Hospital da Caridade para receber maior numero de doentes”²⁴⁵.

Discorrendo sobre esse assunto, o Vice-Presidente da Província do Pará João Maria de Moraes enfatizava ...

²⁴² VIGARELLO, George. op. cit., p. 159-169.

²⁴³ BELTRÃO, Jane. op. cit., p. 267. Ver também idem, p. 168.

²⁴⁴ Sobre os significados e a importância da roupa branca, ver idem, ibidem, p. 167-168.

²⁴⁵ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 95. APEP.

“[...]”

Não sendo sufficiente o Hospital da Caridade para nelle se tratarem os enfermos indigentes, e as pessoas que adoeciaõ á bordo dos barcos e canoas, que demandaõ o porto desta Capital, foi autorizado o Provedor da Santa Casa da Misericórdia a estabelecer por conta do Governo huma enfermaria no bairro da Campina, para onde fossem condusidos, bem como para o Hospital daquelle Pio Estabelecimeno todos os enfermos, que se achassem naquellas circunstancias”²⁴⁶.

Instalada na Rua do Açougue, num prédio de propriedade da Santa Casa de Misericórdia, a dita enfermaria de São Sebastião fora criada em 18 de junho, um mês após a notícia dos primeiros casos de cólera pela Capital da Província. Devendo desafogar o prédio do nosocômio e “melhorar” o atendimento aos coléricos, os serviços dessa enfermaria contavam ainda com um pessoal atento “[...] no litoral da cidade para socorrer de prompto com medicamentos as pessoas que se conhessem enfermas [...]”²⁴⁷ e a partir daí “[...] conduzir os doentes do 1º districto para o Hospital da Caridade, e os do 2º e do 3º para a [mesma] enfermaria de São Sebastião [...]”²⁴⁸.

Todavia, a doença recrudescia rapidamente e a enfermaria que havia sido confiada ao Dr José Ferreira Cantão, indicava ser apenas mais um paliativo diante do caos que se encontrava a situação da saúde pública no Pará, posto que cerca de 26% dos coléricos que para lá seguiram acabaram morrendo²⁴⁹. Apesar do Hospital Bom Jesus ainda ter concentrado o maior contingente de enfermos, a super lotação e as eventuais irregularidades do serviço da enfermaria, devem ter contribuído significativamente para isso, pois as despesas que ali se faziam, deveriam correr por conta da Presidência da Província, que quase sempre não as honravam. Entre as correspondências da provedoria da Misericórdia, freqüentemente se encontrava pedidos feitos ao poder público provincial para que enviasse o pagamento das mesmas despesas, visto que a irmandade não tinha como pagá-las, o que nos leva a crer que devido a isso, nem todos os serviços eram mantidos a contento naquela enfermaria, provocando portanto, tantas morte.

²⁴⁶ *Exposição apresentada pelo Exmº. Snr. Doutor João Maria de Moraes, 4º Vice Presidente da Província do Gram-Pará. Por ocasião de passar a administração da mesma Província ao 3º Vice Presidente o Exmº. Snr. Miguel Antonio Pinto Guimaraens.* Pará, Typographia de Santos & Filhos, 1855, p. 4. GLRP.

²⁴⁷ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 102. APEP.

²⁴⁸ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 95. APEP.

²⁴⁹ De acordo com Arthur Vianna, chegaram a ser levados para a Enfermaria de São Sebastião na Campina, 174 enfermos sendo que destes 45 sucumbiram à força da cólera. Ver VIANNA, Arthur. op. cit., p. 205.

Em sua luta incansável à frente da Misericórdia, no auge da epidemia de cólera, o Provedor Dr. Pereira Guimarães insistia mais uma vez junto ao Vice-Presidente Miguel Antonio Pinto Guimarães.

“Tendo sido autorizado pelo finado Vice-Presidente Dr. Ângelo Custodio Correa, em seu officio de 14 de junho passado, para fazer as despesas precisas com huma enfermaria provisória no 2º Districto, e com o Hospital da Caridade, dirigi ao Exm^o. Senr. Dr. João Maria de Moraes hum officio datado de 30 de junho ultimamente findo pedindo a quantia de hum conto e quinhentos mil réis para acudir à estas despesas, não tendo tido solução a este pedido, me endereço a V. Ex^a fazendo a renovação da referida quantia [...]”²⁵⁰.

Contudo, os gastos não paravam por aí, os socorros da enfermaria reclamavam, como enfatiza mais tarde o Provedor, pelo menos mais dois contos de réis, para cobrir o que havia sido despendido no período mais crítico da doença ao longo de mês de junho e parte do mês julho²⁵¹. Nesse sentido, assim que a quantidade de coléricos recolhidos naquele local começa a diminuir, a administração da Santa Casa apressa-se a propor o fechamento da referida enfermaria da Campina, sem no entanto, deixar de socorrer os doentes que por ventura ainda existissem, os quais a partir de agora, mesmo excedendo a receita do Hospital de Caridade, se reuniram aos que ali já estavam²⁵².

Somente no ano de 1855, o movimento de enfermos registrado neste pio estabelecimento, a contar entre marítimos, pensionistas, pobres e escravos, apontou 652 pessoas internadas, o que corresponde a quase sete vezes mais a sua capacidade, indicando assim que em igual proporção excedia o que era arrecado pelo mesmo²⁵³. Reputando então, o montante de enfermos, a possível debilidade da condição financeira do nosocômio e o ímpeto com que a cólera incidiu sobre toda a população, justificava-se por conseguinte, o comentário proferido pelo Presidente Henrique de Beaufort Rohan, ao afirmar que, “o Hospital Bom

²⁵⁰ Offício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 96. APEP.

²⁵¹ Offício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 102. APEP.

²⁵² Offício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 105. APEP.

²⁵³ De acordo com o Mapa demonstrativo do movimento dos enfermos do Hospital de Caridade, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1855, a quantidade de enfermos entrados naquela instituição por categoria estava distribuída assim: armada imperial 0, embarcações mercantes 101, pensionistas 45, pobres 396, escravos 110. Ver Offício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Offícios. Ano (1857-1859), Caixa 212, Pasta 1857 offícios, Documento 33. APEP.

Jesus dos Pobres existe em hum edificio acanhado, que mais pode contribuir para originar moléstias, do que para auxiliar o restabelecimento da saúde”²⁵⁴.

Desde 1854, como expusemos acima, esse nosocômio vinha passando por uma reforma, “[...] por se achar o edificio muito arruinado e precisar de muitos arranjos necessários para prestar o serviço a que se destina [...]”, porém ela acabou por se estender por muito tempo, atravessando toda a fase da epidemia de cólera e, ao invés de conter, acabou favorecendo as suas péssimas condições sanitárias agravadas a cada nova epidemia²⁵⁵. Como as obras atingiam quase todos os pavimentos do prédio, o ambiente do hospital se tornara bastante nocivo, especialmente, para os doentes que em geral, foram remanejados para lugares mais impróprios do que as precárias enfermarias. Com o conserto da sala de frente pro rio, onde ficava a enfermaria das mulheres, por exemplo, estas tiveram que ser alojadas em quartos pequenos, que pelas características que descrevemos antes, provavelmente eram mais, ou tão, insalubres do que o espaço em que ordinariamente eram acomodadas²⁵⁶. Se lembrarmos que a concepção de higiene defendida naquele momento, combatia todas as possíveis ameaças de produção de miasmas, fica fácil supor que, o que tornava as primeiras instalações prejudiciais às enfermas seria a umidade gerada pelas proximidades com o rio, enquanto que a segunda, seria o calor excessivo e mefítico que a aglomeração dos corpos doentes poderiam provocar.

Entretanto, a pior situação estaria ainda por vir. Em meados da década de 1860, o hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos até então não havia concluído sua reforma, posto que além da falta de dinheiro, não raro, como se observa, as obras se revelavam inadequadas ao que era preconizado pela medicina, e como se não bastasse, em março de 1866 a varíola volta a incidir em caráter epidêmico sobre a população de Belém, que mais uma vez é levada a buscar os malogrados socorros daquele nosocômio.

Porém por conhecerem muito bem os estragos que a doença causava e encontrando-se o hospital em condições impróprias para receber os doentes de tão infecciosa moléstia, logo que foram identificados os primeiros variolosos existentes na cidade, os médicos ligados à

²⁵⁴ *Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Pará, no dia 15 de agosto de 1856, por occasião da abertura da primeira sessão da 10ª Legislatura da mesma Assembléa, pelo Presidente Henrique de Beaurepaire Roham.* Pará, Typographia de Santos & Filhos, 1856, p. 17-18. GLRP.

²⁵⁵ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1850-1856), Caixa 144, Pasta 1855, Documento 107. Anexos. APEP.

²⁵⁶ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1857-1859), Caixa 212, Pasta 1855, Documento 20. APEP.

Santa Casa de Misericórdia, trataram de isolá-los do restante da sociedade, mandando-os imediatamente para a enfermaria de variolosos em Tucunduba²⁵⁷.

Temendo que a saúde pública fosse de novo prodigalizada, Antonio Augusto Figueira, que respondia pela administração da Santa Casa, enfatizava ...

“[...] tenho feito recolher immediatamente que se me tem participado, os guardas nacionaes em que se tem manifestado ‘bexiga’.
Foram recolhidos affectados desta enfermidade tres guardas nacionaes d’Artilharia Destacada [...].
O médico do Hospício de Tucunduba Dr. Camillo José do Valle Guimarães, tem visitado os bexigosos”²⁵⁸.

Diagnosticada principalmente entre os militares da guarda nacional, a varíola confluyente, identificada como a mais deletéria, podia manifestar-se nas formas de “pinta” ou de “pele de lixa” e, tanto uma quanto a outra tinham o poder de levar rapidamente a óbito os indivíduos infeccionados, tal como ocorreu com alguns desses referidos militares.

Embora já se fizesse uso da vacina como medida profilática, esta ainda era, freqüentemente, vista com maus olhos pela maioria das pessoas e, ministrá-las portanto, não era tarefa fácil para os médicos vacinadores, que não tinham como promover satisfatoriamente a vacinação e, muito menos, a revacinação dos moradores dos diversos distritos da capital da Província que, apesar dos cuidados, não tardaram também em ser acometidos pelas bexigas²⁵⁹. Nesse sentido, o isolamento dos doentes e a fumigação dos espaços por onde estes haviam passado, continuaram coexistindo ao lado da vacina entre as principais profilaxias utilizadas pelos esculápios para combater a varíola²⁶⁰.

²⁵⁷ Na antiga olaria de Tucunduba, desde 1814 encontrava-se instalado o Hospital dos Lázaros, administrado também pela Santa Casa de Misericórdia do Pará. Possuindo um prédio com instalações precárias e sem condições mínimas de higiene, esse hospital fora usado para recolher e afastar do convívio da sociedade os leprosos que vagavam pela ruas de Belém. E foi montado ainda desde as primeiras epidemias de bexiga do século XIX, uma enfermaria de variolosos com o mesmo fim. Sobre o Hospital dos Lázaros ver VIANNA, Arthur. op. cit., p. 123-127.

²⁵⁸ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1866, Documento 130. APEP.

²⁵⁹ Sobre a varíola e a prática da vacinação em Belém ver capítulo 1, especialmente a parte “Poder público, saber médico e o ‘combate’ às epidemias”.

²⁶⁰ Segundo Allain Corbin, este faz notar mais vez que nos séculos XVIII e XIX o uso das fumigações em ambientes fechados, como os hospitais que, segundo as teorias científicas em voga naquele contexto, se encontravam constantemente invólucros em uma atmosfera pestilencial, permitiam entrever que por de trás daquela prática, negligenciavam-se hábitos de limpeza e de higiene regularmente tão caros àquelas instituições. CORBIN, Allain. op. cit., p. 89-94.

Durante todo esse período epidêmico, através do qual muitos julgavam “[...] não ser possível sufocar completamente os efeitos perniciosos e mortais [...]”²⁶¹ da doença, grande parte dos bexigosos foi afastada do hospital e levada para fora da área urbana da cidade, onde se situava a enfermaria do Tucunduba. Porém mal sabiam os médicos e a população, que a fase mais aterrorizante e de maior morbidez da moléstia se iniciaria somente alguns anos depois, quando em função do seu arrefecimento, diminuem a quantidade de doentes atacados de bexigas naquela enfermaria, a qual acaba sendo fechada, sob ordem do Governo da Província, que assim determinava.

“Tendo os casos de varíola se estendido á todos os bairros d’esta Cidade, embora em pequena escala, torna-se desnecessária a enfermaria de variolosos creada em Tucunduba, com o fim de evitar por meio do seqüestro, a generalisação da referida moléstia; pelo que deve Vmce. considerar extincta a dita Enfermaria provizoria, providenciando ao mesmo tempo [...] uma das salas do Hospital da Santa Casa para n’ella serem recebidos os bexigosos que por ventura ainda estejam em tratamento no Tucunduba, mas também os que continuarem a procurar os socorros do governo”²⁶².

Decretada extinta a enfermaria do Tucunduba, quando a varíola volta se manifestar no início dos anos 1870, os enfermos seriam então, instalados agora numa enfermaria do Hospital de Caridade, para onde passariam a ser levados praças do corpo de polícia, soldados do exército, marinheiros, pobres, indigentes, dentre outros, que porventura em algumas ocasiões tiveram até mesmo que dividir os leitos que ali existiam – ou inexistiam – em virtude da grande quantidade de pessoas. Em um ofício enviado ao Provedor da Santa Casa de Misericórdia em 1873, o Presidente da Província informa a respeito desse assunto que ...

“[...] está providenciado para serem prestadas com urgência, da enfermaria do Corpo de Policia, p^a. a de variolosos, estabelecida na Santa Casa da Misericórdia, vinte camas com os respectivos colchões e mais acessórios, visto acharem ali falta de taes objectos p^a. poderem ser recebidos, os praças do mesmo Corpo que foram affectados de bexigas”²⁶³.

Note que embora fosse o principal responsável pelos cuidados ministrados ao contingente de variolosos que aumentava a cada dia na cidade de Belém, o Hospital da Santa Casa ainda não reunia as condições necessárias para atender e tratar devidamente os enfermos

²⁶¹ Ofício da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano (1861-1867), Caixa 247, Pasta 1867, Documento 167. APEP.

²⁶² Minutas de Ofícios à Santa Casa. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Códice 1570. Anos 1873-1875. Documento de 03.01.1873. APEP.

²⁶³ Minutas de Ofícios à Santa Casa. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Códice 1570. Anos 1873-1875. Documento de 24.02.1873. APEP

que buscavam ou, que dependiam do seu auxílio. Além das instalações que dificilmente se tornariam adequadas, já que a reforma do edifício ficara inacabada há anos, a instituição já não possuía também – e isso com certeza notava-se desde as primeiras crises epidêmicas de meados do XIX – instrumentos como camas e colchões, ordinários e indispensáveis a uma casa de saúde.

Recorrendo mais uma vez a Allain Corbin, este nos ressalta que a ausência de leitos individuais em ambientes inóspitos como o do hospital, provocavam uma proximidade dos corpos doentes, que era extremamente condenada pelos adeptos da teoria infeccionista, pois esta prática, ao promover o aumento da temperatura do corpo do enfermo fazia exalar um odor fétido e causador de miasmas, que tornaria aquele meio cada vez mais sobrecarregado, transformando-o de um local de tratamento de doentes em uma grande ameaça a salubridade pública²⁶⁴.

Experiência esta que nos instantes mais críticos da crise gerada pela epidemia, esteve muito próxima do Hospital de Caridade, e que só começaria a aliviar quando parte dos enfermos, sobretudo os pobres e os indigentes – julgados os mais suscetíveis a doença – passou a ser tratada em casa, devendo ainda a Santa Casa “[...] fornecer a dieta precisa [...]” àqueles “[...] que obtiverem guia de indigentes passada pelo Dr. Chefe de Polícia [...]”²⁶⁵.

É importante salientar que tal medida amenizaria o estado crítico do hospital, mas não o da saúde da população, pois podemos supor que não sendo fáceis de conseguir as sobreditas guias, muitos enfermos acabavam mesmo era ficando ou morrendo sem assistência.

Desse modo, no decurso de todo um longo período em que uma seqüência de epidemias marcou o dia-a-dia da população de Belém, mesmo sem ter conseguido reunir as condições de higiene consideradas então ideais para uma casa de saúde, o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará contribuiu consideravelmente para o bem-estar físico e espiritual, daqueles que diante de tão desoladora crise, foram quase que obrigados a recorrer a sua assistência. Para alguns, concebida como imprópria e, que se não tratou ou tão pouco curou, ao menos consolou e aliviou o sofrimento de males que para todos durante muito tempo permaneceram como uma verdadeira incógnita.

²⁶⁴ Cf. CORBIN, Allain. op. cit., p. 134. Ver também VIGARELLO, George. op. cit.

²⁶⁵ Minutas de Ofícios à Santa Casa. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Códice 1570. Anos 1873-1875. Documento de 30.10.1874. APEP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na segunda metade do século XIX as perspectivas de consolidação da medicina enquanto conhecimento científico e, por conseguinte, pautado no pensamento racional, fizeram com que os cuidados exigidos pela saúde pública, a partir da recorrência das epidemias que atemorizaram a população de Belém naquele período, caracterizasse-se pelas premissas das teorias médicas, que se diziam ser capazes de combater as doenças e ao mesmo tempo restabelecer e assegurar o estado de salubridade da sociedade. Porém, na medida em que se prolongavam os momentos mais difíceis e delicados das referidas crises epidêmicas, notou-se que pouca ou nenhuma mudança havia ocorrido no quadro explicativo da saúde e da doença, o que justificava, por um lado, a ineficácia das medidas preventivas e dos recursos terapêuticos e, por outro, o crescimento do exercício da caridade cristã para com os enfermos mais necessitados, visto que diante dos limites da racionalidade, o pensamento e os valores religiosos acabaram constituindo um mecanismo bastante propagado ante o sofrimento daqueles que padeciam.

Assim, nesse contexto, o adoecimento, principalmente em tempo de epidemias, representava, portanto, uma ocasião para se cuidar do corpo físico, mas também para se preparar a salvação da alma. Enquanto uns evocavam o isolamento e/ou o “mau ar” e outros a salvação através da caridade, a infecção bacteriana que só começaria a ser percebida pelas ferramentas científicas e mentais do século XIX a partir da década de 1880, continuou fazendo suas vítimas pela cidade.

Em meio a um processo em que se julgava, dentre outras coisas, que o perigo da morte rondava os lugares tornados pútridos, sobretudo, em função do amontoamento dos indivíduos, a busca de soluções para os problemas de saúde, nem sempre esteve apenas nas mãos dos esculápios e das autoridades públicas. Apesar de ter sofrido intervenção do Governo Provincial, a Santa Casa de Misericórdia do Pará, através da ação de seus irmãos e Provedores, administrando, desde o começo dos Oitocentos, o Hospital Bom Jesus dos Pobres Enfermos, que servira como principal mecanismo de auxílio e de socorro aos indivíduos molestados, representou por diversas vezes a única forma de assistência acessível a maioria da população.

No interior daquela fundação hospitalar, a força da caridade coexistiu com o modelo acadêmico de cura, resultando então, numa forma diferenciada de assistência que, integrava de certa maneira os postulados médicos científicos e as benesses da “virtude cristã”.

REFERÊNCIAS

FONTES

MANUSCRITAS

Arquivo do Instituto Histórico e Geográfico do Brasil – IHGB

Documentos Avulsos

Coleção Manoel Barata

Ofícios

Lata 280

Arquivo Público do Estado do Pará – APEP

Documentos Avulsos

Fundo: Secretaria da Presidência da Província

Série: 13 Ofícios

Ofícios da Santa Casa da Misericórdia do Pará

Caixas 144 (1850-1856)

212 (1857-1859)

235 (1860)

247 (1861-1867)

319 (1870-1879)

393 (1881-1889)

Ofícios da Comissão de Higiene Pública e Socorros Públicos

Caixa 141 (1850-1855)

Ofícios da Provedoria de Saúde do Pará

Caixa 142 (1850-1855)

Ofícios da Comissão de Vacinação

Caixa 405 (1884)

Ofícios da Inspeção da Saúde Pública do Pará

Caixa 409 (1884)

Minutas de Ofícios à Santa Casa

Códice 1609 (1876,1877)

Minutas de Ofícios ao Provedor da Santa Casa

Códice 1987 (1889)

Jornais

Biblioteca do Grêmio Literário e Recreativo Português – GLRP

Correio dos Pobres (1851-1853)

O Planeta (1849-1853)

O Publicador Paraense (1849-1853)

Treze de Maio (1850, 1855)

IMPRESSAS

BAENA, Antonio Ladislau Monteiro. *Ensaio Corográfico sobre a Província do Pará*. Brasília: Edições do Senado Federal, v. 30, 2004 [1839].

VIANNA, Arthur. *As epidemias no Pará*. 2ªed., Belém: UFPA, 1975 [1908].

_____. *A Santa Casa de Misericórdia Paraense – notícia histórica 1650-1902*. 2ªed., Belém: Secretaria do Estado de Cultura, 1992 [1902].

PARÁ – *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XII, Parte 1ª, Typographia Santos & Filhos, 1850.

PARÁ – *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XIII, Typographia Santos & Filhos, 1851.

PARÁ – *Colecção das Leis da Província do Gram-Pará*, Tomo XXXI, Parte 1ª, Typographia Santos & Filhos, 1870.

PARÁ – Presidente da Província, Jerônimo Francisco COELHO. *Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial em 1º de outubro de 1849*. Belém, Typographia de Santos & Filhos, 1849.

PARÁ – Presidente da Província, Jerônimo Francisco COELHO. *Relatório entregue ao 1º Vice Presidente em exercício Dr. Ângelo Custódio Corrêa, no dia 1º de agosto de 1850*. Pará, Typographia Santos & Filhos, 1850.

PARÁ – Presidente da Província, Sebastião do REGO BARROS. *Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial em 15 de agosto de 1854*. Belém, Typographia de Santos & Filhos, 1854 *Henrique de Beaurepaire Roham*.

PARÁ – Presidente da Província, João Maria de MORAES. *Exposição apresenttada ao 3º Vice Presidente da Província do Gram-Pará*. Belém, Typographia de Santos & Filhos, 1855.

PARÁ – Presidente da Província, Henrique de Beaurepaire Roham. *Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Pará em 15 de agosto de 1856*. Belém, Typographia de Santos & Filhos, 1856.

PARÁ – Presidente da Província, Barão de Arary. *Relatório appresentado a Assembléa Legislativa Provincial em 1º de outubro de 1866*. Pará, Typographia do Jornal do Amazonas, 1866. Disponível em: <www.crl.edu/content/brazil/para.html>. Acesso em: 27 out. 2005.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império Português. *História, ciências, saúde* – Manguinhos. Rio de Janeiro, v. VIII n. 3, out./dez., 2001, pp. 591-608.

ALMEIDA, Jozimar Paes de. Ciência e Meio Ambiente: a interdisciplinaridade na constituição do pensamento ecológico. *Revista de História Regional*. v. 2, n. 2, 1997, p. 1-12. Disponível em: <<http://www.rhr.uepg.br/v2n2/jozimar.htm>>. Acesso em 15 ago. 2005.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jan/fev, 1987, p. 9-15.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, Universidade Federal do Pará, 2004.

BERTRAN, Paulo. A construção da casa no Brasil. Disponível em: <<http://www.altiplano.com.br/ArqPauloBertran.html>>. Acessado em: 08 nov. 2006.

BONASTRA, Quim. Inovaciones y continuismo las ccepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX. Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social. *Scripta Nova*. Revista Eletrônica de Geografia y Ciências Sociais. Universidad de Barcelona, v. 35, n. 69, 2000. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-35.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

BOXER, Charles R. *O Império marítimo português – 1415-1825*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

BRITTO, Rubens da Silveira; Cardoso, Eleyson. *A febre amarela no Pará*. Belém: APC/SUDAM, 1973.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JÚNIOR, Wilson A. *Textos hipocráticos*. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade* – uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, nov-dez, 2002, p. 1665-1674.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril* – cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

CORBIN, Allain. *Saberes e Odores* – o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. *Mercator* – Revista de Geografia da UFC. ano 1, n. 2, 2002. p. 61-69.

CRUZ, Ernesto. *Belém: aspectos geo-sociais do município*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, v. 1, 1945.

CZERESNIA, Dina. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas de epidemiologia. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, jul-ago 2001, p. 341-356.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. Epidemia: história epistemológica e cultural de um conceito. *Revista Política e Trabalho*. n. 15, setembro, 1999, p. 179-192. Disponível em: <<http://www.geocities.com/ptreview/15-diniz.html>>. Acesso em: 31 ago 2006.

DULLEY, Richard Domingues. Noção de natureza, ambiente, meio ambiente, recursos ambientais e recursos naturais. *Revista Agricultura em São Paulo*. São Paulo, v. 51, n. 2, jul/dez 2004, p. 15-26.

EDUARDO, Anna Rachel Baracho; FERREIRA, Angela Lúcia de Araújo. As Topografias Médicas no Brasil do início do século XX: aportes históricos ao estudo da relação do meio ambiente e sociedade (o caso de Natal – RN)”. 2004. Disponível em <http://www.anppas.org.br/encontro/segundo/Papers/GT/GT16/gt16_anna_rachel.pdf>. Acesso em 23/08/2005.

EUGÊNIO, Alisson. Fragilidade pública em face das epidemias na segunda metade do século XIX mineiro. *Revista Varia História*, n. 32, julho, 2004, p. 211-234.

FEBVRE, Lucien. *A Terra e a evolução humana – Introdução Geográfica à História*. 2ª ed., Lisboa: Edições Cosmos, 1991.

FERREIRA, Ângela Lúcia de Araújo; EDUARDO, Anna Rachel Baracho; DANTAS, Ana Carolina de Carvalho Lopes. Geografia e topografias médicas: os primeiros estudos ambientais da cidade concreta. *Investigaciones Geográficas*. Boletim do Instituto de Geografia. UNAM, n. 52, 2003, p. 83-98.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *O nascimento da clínica*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREITAS, Carlos Machado de. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v. 8, n. 1, 2003, p. 137-150.

FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mocambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1936.

GRAÇA, Luis; HENRIQUES, Isabel A. Irmãos e Irmãs de Caridade: os primórdios da enfermagem na Europa. Disponível em: <www.ensp.unl.pt/lgraca/textos67.html>. Acesso em: 22 jun. 2006.

HESPANHA, Manuel Antonio. *Revista Oceanos – Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa, n. 35, jul/set, 1988, p. 5.

LEBRUN, François. As Reformas: devoções comunitárias e piedade pessoa. In ARIÈS, Philippe; CHARTIER, Roger (Orgs.). *História da Vida Privada*. Da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, v. 3, p. 71-111.

LEPARGNEUR, Hubert. *O doente, a doença e a morte*. Campinas, SP: Papirus, 1987.

LEWINSOHN, Rachel. *As Três Epidemias*. Lições do passado. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

MARQUES, Eduardo César. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. *Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. II, n. 2, jul-out, 1995, p. 51-67.

MEIRA, Clóvis. *Médicos de outrora no Pará*. Belém: Grafisa, 1986.

MICELI, Paulo. *O ponto onde estamos: viagens e viajantes na história da Expansão e da Conquista, Portugal, séculos XV e XVI*. 3ª ed., Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1998.

MOLLAT, Michel. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

NAVA, Pedro. *Capítulos de História da Medicina no Brasil*. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: Eduel, 2003.

REIS, João José. *A morte é uma festa*. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVEL, Jacques; Peter, Jean-Pierre. O Corpo. O homem doente e sua história. *História: novos objetos*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995, p. 141- 159.

REZENDE, Joffre M. de. Caminhos da Medicina. A crença na auto-intoxicação por estase intestinal e sua história. Disponível em: <<http://cultura.com.br/jmrezende>>. Acessado em: 18 set. 2006.

RODRIGUES, C. A cidade e a morte: a febre amarela e seus impactos nos costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-1850). *Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. VI, n. 1, mar-jun, 1999, p. 53-80.

ROSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Ed. UnB, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. Práticas de caridade e salvação da alm nas Misericórdias metropolitanas e ultramarinas (séculos XVI-XVII): algumas metáforas. *Revista Oceanos – Misericórdias: cinco séculos*. Lisboa, n. 35, jul/set, 1988, p. 42-50.

SALLES, Vicente. *O negro no Pará sob o regime da escravidão*. 3ª ed.; Belém: IAP; Programa Raízes, 2005.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

SANJAD, Nelson. Cólera e medicina ambiental no manuscrito ‘*Cholera-morbus*’ (1832), de Antonio Correa de Lacerda. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set-dez, 2004, p. 587-618.

SANTOS FILHO, Licurgo. Medicina no período Imperial. *História Geral da Civilização Brasileira*. O Brasil Monárquico – Reações e Transações. v. 3, tomo 2, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997, p. 467-489.

SCLIAR, Moacir. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.

THOMAS, Kheith. *O homem e o mundo natural: mudanças de atitudes em relação às plantas e aos animais (1500-1800)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os micro-organismos*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio: Ed. Senac São Paulo, 2003.

URTEAGA, Luis. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del meio ambiente el siglo XIX. *Revista Geocrítica – Cadernos de Geografia Humana*. Barcelona, ano V, n. 29, novembro/1980.

VAINFAS, Ronaldo. *Dicionário do Brasil colonial (1500-1808)*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2000.

VIGARELLO, George. *História das práticas de saúde – A saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

WEBER, Beatriz. *As artes de curar. Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.