

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

DANIEL OLIVEIRA

**MORTE E VIDA FEMININA:
MULHERES POBRES, CONDIÇÕES DE SAÚDE E MEDICINA DA MULHER NA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1880-1900)**

Porto Alegre
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

DANIEL OLIVEIRA

**MORTE E VIDA FEMININA:
MULHERES POBRES, CONDIÇÕES DE SAÚDE E MEDICINA DA MULHER NA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1880-1900)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em História, pelo Programa
de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Orientação: Profa. Dra. Regina Célia Lima Xavier

Porto Alegre
2012

DANIEL OLIVEIRA

**MORTE E VIDA FEMININA:
MULHERES POBRES, CONDIÇÕES DE SAÚDE E MEDICINA DA MULHER NA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1880-1900)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 17 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Beatriz Teixeira Weber

Profa. Dra. Kaori Kodama

Prof. Dr. Fábio Kühn

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).*

***Morte e Vida Severina (Auto de Natal pernambucano)
João Cabral de Melo Neto***

AGRADECIMENTOS

Após meses de escrita e muito tempo de pesquisa chega, finalmente, o momento de agradecer aos que foram importantes nesta dura e ao mesmo tempo prazerosa trajetória. Em primeiro lugar, é claro, os agradecimentos se direcionam de forma infinita a quem, por meio de muitas indagações, críticas, sugestões e oportunidades disponibilizadas, possibilitou a abertura e expansão dos meus horizontes acadêmicos no mundo da pesquisa, materializado na forma desta dissertação: Profa. Regina Xavier. É difícil encontrar palavras para traduzir o meu agradecimento por toda a atenção e dedicação disponibilizadas. Sinto que cresci muito nesta trajetória e, indo para o mundo das estatísticas novamente (uma marca desta dissertação), talvez mais de 99% se deva a você!

Ao PPG em História da UFRGS e às coordenações que o geriram durante os anos da minha trajetória: ao Prof. Cesar Guazzelli e Profa. Regina Weber, pelo duro trabalho à frente deste PPG, procurando sempre o melhor para os discentes. A secretária Marília Lopes e ao secretário Gabriel Focking pela atenção disponibilizada. As Profas. Fabíola Rohden e Céres VÍctora, do PPG em Antropologia da UFRGS, pelo acolhimento e pelas aulas extremamente importantes para a exploração das temáticas desta pesquisa, que uniram gênero e saúde.

A Profa. Beatriz Weber, pela participação tão contributiva na banca de qualificação e pelo aceite em fazer parte da banca de defesa desta dissertação. Para quem, durante a graduação, teve no livro *Artes de Curar* uma das leituras acadêmicas mais instigantes, pode se imaginar o que representa ter aquela autora como leitora do meu primeiro trabalho acadêmico de grande fôlego. Ao Prof. Fábio Kuhn, pelas dicas, críticas e provocações muito construtivas para a pesquisa, realizadas na banca de qualificação. Muito do crescimento e amadurecimento desta pesquisa, deve-se às considerações realizadas naquela oportunidade. Agradeço, imensamente, pelo aceite em participar da banca de defesa. A Profa. Kaori Kodama, para além da cuidadosa atenção disponibilizada e dicas de pesquisa realizadas em conversa na Fiocruz sobre o tema desta dissertação, pelo aceite em participar, da banca final.

Ao Projeto Procad: *Cruzando Fronteiras: a história do trabalho no Brasil para além das dicotomias tradicionais*, pela bolsa de pesquisa disponibilizada para Missão de Estudos no Rio de Janeiro, no ano de 2011. A Profa. Caetana Maria Damasceno, pela tutoria e dicas, durante a Missão. Também a pesquisadora Keith Barbosa, por toda a atenção e auxílio durante a minha passagem pelo Rio, principalmente na aventura pelos porões da UFRJ. As

fontes localizadas foram fundamentais para esta pesquisa. Aos funcionários da Biblioteca da UFRJ, que possibilitaram o acesso aos porões interditados. A Barbara Damasco, pesquisadora da Fiocruz, pelas dicas e trocas de pesquisa, bem como, pelos papos divertidos, durante a exposição indiana.

Aos professores do PPG em História das Ciências e da Saúde Fiocruz (RJ), especialmente a Flávio Coelho Edler, Gilberto Hochman, Gisele Porto Sanglard, Kaori Kodama, Tania Maria Dias Fernandes, Tania Salgado Pimenta, pelo acolhimento, disponibilidade, atenção e pelas inúmeras contribuições realizadas para esta pesquisa. Com certeza, esta pesquisa cresceu muito e tomou novas direções após este contato. Aos funcionários da Fiocruz, da Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC e Setor de obras raras da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz. Infelizmente esqueci os nomes, mas não a atenção disponibilizada, que tornou possível encontrar diversas fontes que tiveram papel importante para esta pesquisa.

Ao Prof. Paulo Moreira, que desde a minha graduação exerce papel importante na minha trajetória acadêmica. No mestrado, apesar da distância, não foi diferente. Agradeço pela leitura atenta sobre o meu texto de qualificação, pelas dicas e livros dados ou emprestados. E não posso esquecer-me dos dados referentes às internações de escravos na Santa Casa, gentilmente cedidos em via digital, para esta pesquisa. E, além disso, é claro, pelos papos menos acadêmicos, mais cotidianos, culturais, sociais, esportivos e, também, engraçados!

A Profa. Véra Barroso, coordenadora do Centro Cultural Santa Casa, pelo auxílio incansável na busca de fontes para esta pesquisa. O agradecimento se estende ao corpo de funcionários do Centro, inclusive, para uma pessoa em especial que já não faz mais parte daquele quadro de colaboradores, que muito me auxiliou: Tarcila Nienow Stein. Ao diretor do Museu de História da Medicina. Aos colegas do grupo de pesquisa CNPQ A experiência dos africanos e seus descendentes no Brasil. Ao Museu de História da Medicina (MUHM) que disponibiliza aos pesquisadores importantes fontes sobre a história da saúde e medicina do RS e Brasil, em especial ao Diretor Técnico Everton Quevedo, sempre disposto a auxiliar. Aos colegas do GT História e Saúde da ANPUHRS, em especial a Juliane Serres, Cláudia Tomaschewski, Ana Paula Korndörfer e Lizete Kummer.

Aos colegas de mestrado: Carolina Bitencourt Becker, Felipe Rodrigues Bohrer (em especial, pela experiência de pesquisa e trocas no RJ), Gislaine Borba Ramos, Leandro Fontella, Luciano Costa Gomes, Marcos Luft, Maria do Carmo Aguilar, Roger Costa da Silva,

Sarah Calvi Amaral Silva, Vinícius Pereira de Oliveira, Wagner de Azevedo Pedroso, pelas trocas, críticas e sugestões, nos famosos e temidos seminários coordenados pela Profa. Regina Xavier!

Neste ponto, o acadêmico passa a se misturar com o particular, mas quem disse que são esferas desvinculadas?

A Lucécia Souza pelo carinho, companheirismo, amizade incondicional e imensurável incentivo, por me fazer acreditar, insistentemente, em meu potencial. Sem o teu apoio, este mestrado não teria se realizado, assim como muitas outras coisas boas e importantes na minha vida.

A grande amiga que tive a felicidade de conhecer neste mestrado: Maria do Carmo Moreira Aguilar. Palavras se fazem poucas para definir o quanto devo, nesta trajetória do mestrado, a esta irmã querida. E não somente na trajetória acadêmica, mas de vida. Também ao Márcio ‘Aguilar’, por estar sempre disposto a ajudar.

A Gabriela Chaves Monteiro, minha namorada e companheira, que com a sua presença, paciência, amizade e apoio, ouvindo as minhas incertezas, suavizou alguns dos piores momentos desta pesquisa, oportunizando, neste curto e intenso período de tempo desde que nos conhecemos, alguns dos melhores momentos da minha vida. Se esta escrita contém alegria, deve-se ao teu sorriso, sempre próximo.

A Márcia Fernanda dos Santos, saudando o companheirismo nas jornadas diárias de trabalho, as inúmeras trocas, os papos transcendentais que se iniciam de coisas do cotidiano, ultrapassam as barreiras acadêmicas e invadem os nossos sentimentos mais íntimos e humanos! Tens consideráveis parcelas de contribuição na minha formação, seja ela acadêmica, de trabalho ou de vida. E por falar em humanidade, do olhar para o *Mundo Real*, não posso deixar de lembrar, nesta trajetória, do amigo Bg (Diorge Buss)!

Ao grande amigo irmão de *coisas da vida* e companheiro de pesquisa e eventos: Cristiano Enrique de Brum. Devo-lhe muitos créditos pelo auxílio na transcrição dos dados de enfermas e na busca de fontes! A Márcia Ecoten, pelo compartilhamento das angústias do mestrado e pelas trocas, principalmente no inesquecível *Fazendo Gênero 2010*. Ao Felipe Nóbrega, pelas inúmeras conversas acadêmicas, quase acadêmicas e tantas outras e, principalmente, por uma pizza num sábado à noite na Cidade Baixa!

A Profa. Eliane Fleck, pelas conversas e dicas de pesquisa voltadas para a história da saúde e da medicina; pela prontidão em aceitar realizar uma palestra para o GT Saúde da

Anpuh em um sábado pela manhã após uma longa e extenuante semana de trabalho (palestra esta que foi um tanto importante para o momento em que me encontrava na pesquisa); pela compreensão e apoio nas minhas ausências, como secretário da coordenação do Curso de História, para a realização das atividades do mestrado. Aos amigos e colegas de trabalho na Secretaria de Graduação das Humanas/Unisinos, que tanto preencheram meus horários durante as minhas ausências: Terezinha Rambo, Heidi Götz, Vanessa Vaz, Diego Mesquita, Luciana Oliveira, Mirna Petry, entre outros que passaram pelo mesmo local. Em especial para a Tere, Vanessa e Heidi, estendendo também para Loinir Nicolay: pela preocupação em sempre se importarem em saber se estou bem ou não. E caso não, saber o motivo. A Profa. Magda Rodrigues, por apoiar a realização do mestrado, ciente de que resultaria em algumas ausências em atividades de trabalho na Unisinos: sou muito grato pela compreensão!

Não posso deixar de agradecer a Profa. Eloísa Capovilla (pelos sinceros cumprimentos quando da entrada no mestrado); a Profa. Janira Silva, sempre preocupada em saber como estava o andamento da pesquisa; a Profa. Sirlei Gedoz; aos Professores José Baldissera e Marcus Beber; a querida amiga Jandira Oliveira; ao sempre prestativo Tarnevri (Desicópias), responsável pelas inúmeras impressões durante o mestrado e tantas outras pessoas, que de uma forma ou de outra, com palavras de incentivo e sorrisos, auxiliaram nesta trajetória.

Para finalizar, mais agradecimentos muito especiais: a minha mãe, Erlaine Maria Oliveira, pelo incentivo, apoio e auxílio disponibilizado nas coisas do cotidiano, o que me possibilitou maior concentração e destinação de tempo para a realização da pesquisa. A minha irmã, Denise Oliveira e Marcelo Pires Vargas, pela amizade e inúmeros convites para atividades relaxantes, que infelizmente, tive que dizer não pelo bem da pesquisa. Logo, agradeço pela compreensão do meu afastamento aos alegres encontros e passeios. De forma semelhante, agradeço pela compreensão e amizade do também amigo-irmão Vagner Borba da Silva, a querida amiga Ana Accorsi, a Barbara Lucas (sem acento...) e Zé Corintiano (José Possatto Jr.). Bom que a Bruna ainda não entende o que são estes afastamentos... na verdade, minha afilhada sequer me (re)conhece! E o motivo, se encontra nas páginas seguintes deste texto...

ABREVIATURAS

CHC - Centro Histórico-Cultural Santa Casa

COC - Casa de Oswaldo Cruz

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MUHM - Museu de História da Medicina

PRR - Partido Republicano Rio-Grandense

SCMPA - Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Esta pesquisa se ocupou em analisar as condições de saúde das mulheres pobres de Porto Alegre, mais detidamente das internadas na Santa Casa de Misericórdia nas duas últimas décadas do século XIX, buscando examinar e compreender a relação estabelecida entre as mulheres pobres enfermas e suas doenças, com o saber médico e as ações médicas produzidas naquele hospital. Como consequência desse direcionamento de olhar para a medicina mais voltada às mulheres, a pesquisa também se deteve na área médica que distinguia a medicina feminina da masculina naquele dado período: a incipiente medicina da mulher, que se desenvolvia por meio das especialidades denominadas como obstetrícia e ginecologia. Desse modo, em decorrência, explorou a construção da medicina da mulher, ocupando-se sobre os primeiros desenvolvimentos da obstetrícia e da ginecologia na Santa Casa de Porto Alegre. A partir de tal exame, também foi verificado se o desenvolvimento destas especialidades representou melhorias para a saúde das mulheres lá internadas e/ou avanços na forma como os médicos se preocupavam com o tratamento das mulheres naquele local, de um modo geral. A perspectiva teórica seguida vincula-se aos estudos da História Social, utilizando-se principalmente das categorias analíticas gênero e classe social. A argumentação principal da pesquisa foi buscada por meio de dados demográficos quantitativos. Entretanto, por meio de exame sobre vasto material de pesquisa, procurou-se qualificar não somente os números apresentados, mas também a análise e a argumentação sobre os mesmos. Do ponto de vista metodológico, seguiu diversos preceitos advindos dos estudos demográficos, em grande parte, vinculados à História Social, principalmente, ao examinar os dados de morbidade e mortalidade das mulheres analisadas. Como resultado da análise realizada, verificou-se que no início da década de 1880 poucas mulheres da população porto-alegrense procuravam a Santa Casa para tratamento e, quando o faziam, mormente se encontravam em grave estado de saúde, o que resultava em um alto índice de mortalidade de mulheres naquele hospital. Também se observou que raríssimas eram as mulheres que buscavam a Santa Casa para a realização do parto ou tratamento de moléstias ligadas à obstetrícia e à ginecologia, naquela década. No entanto, ao observar as causas de internação das mulheres em relação às ações médicas voltadas para a medicina da mulher dentro do hospital da Santa Casa até o final do século XIX, percebeu-se que aquela situação se modificava aos poucos, com o aumento do número de mulheres procurando o hospital para tratamento de diversas moléstias e realização do parto. Em um último plano, a partir da verificação sobre os dados de internação, concluiu-se que as ações médicas implantadas na Santa Casa, impulsionadas em grande parte pelo maior aprofundamento em torno da obstetrícia e da ginecologia, resultaram no incremento de internações de mulheres e no decréscimo significativo da mortalidade feminina, naquele hospital, no final do século XIX.

Palavras-chave: Medicina da mulher; Mulheres pobres; Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Mortalidade e Morbidade populacional no século XIX; História social da medicina.

ABSTRACT

This research analyses the conditions of the poor women's health of Porto Alegre, more specifically the patients in the Santa Casa de Misericórdia Hospital in the last years of the century XIX, it taking to exam and to understand the relationship between the poor sickness women and his illness, with the medical knowledge and their actions in this Hospital. As a consequence of this direction to look for medicine more directed to women, these research also stopped in the medical field that distinguish female from male medicine in that specific period: the incipient women's medicine, which developed through the specific denominated as obstetrics and gynecology. In this way it was explored the construction of the medicine women, occupied themselves about the first developments of obstetrics and gynecologic at the Santa Casa Hospital from Porto Alegre. From this examination, it was also found that the development of these specialties represented improvements to the health of women hospitalized and advances in how doctors were concerned about the treatment of women in that place. The followed theoretical perspective connected to the studies of the Social History, using mainly the analytics categories in gender and social class. The main argumentation of the research was catch trough quantitative demographic bases. However, through the exams about a huge search material looks to qualify not just for the presented numbers, but also the analysis and argumentation about the topics. The methodological point of view, followed by several arising precepts of demographic studies, in the main of the Social History linked, mainly, examined the morbidity and mortality bases of the women analyzed. As the result of the analysis, confirmed that in the beginning of the decade of 1880 few women of the Porto Alegre population looked for the treatment at the Santa Casa Hospital, and when they did this, they usually were in serious healthy troubles that result in a high level of women's mortality in those hospital. It also was observed that rarely women look for help in Santa Casa Hospital to realize their child-birth or illness treatment connected to the obstetrics and gynecologic methods. However, when it was observed the causes of the women hospitalization in relation to the medical actions that were directed to the women medicine inside the Santa Casa Hospital till the final of the century XIX, it was noticed that this situation modified slowly with the number of women who looking for the Hospital for treatment to several disease and to the child-birth realization. At least, from the verification about the bases of the hospitalization, it was concluded that the medical actions done at the Santa Casa Hospital were driven in the major part by the improvement about the obstetric and gynecologic methods, that resulted in an increasing of the women hospitalization and in the significant decreasing of the female mortality, in those hospital, at the final of the century XIX.

Keywords: Women medicine, Poor women, Santa Casa de Misericórdia Hospital in Porto Alegre, Population's morbidity and mortality in the century XIX, Social history of medicine.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Crescimento populacional em Porto Alegre (1875 a 1900).....	190
Gráfico 2: Mortalidade em Porto Alegre – Índices de óbitos por 1.000 hab. (1880-1900)....	192
Gráfico 3: Mortalidade de Porto Alegre (1883, 1884, 1888, 1891, 1892, 1895)	194
Gráfico 4: Óbitos demonstrados por faixas etárias e de forma proporcional por sexo	222
Gráfico 5: Internações na SCMPA entre os anos de 1880 e 1895.....	226
Gráfico 6: Internações de mulheres na SCMPA por naturalidade (1883 e 1884)	228
Gráfico 7: Internações de mulheres escravas na SCMPA (1883 e 1884).....	230
Gráfico 8: Internações das mulheres livres na SCMPA (1883-1884)	231
Gráfico 9: Denominações de cores das enfermas da SCMPA (1883 e 1884).....	233
Gráfico 10: Internações de mulheres na SCMPA por denominação de cores (1883-1884)...	235
Gráfico 11: Porcentuais de óbitos na SCMPA considerando os totais anuais de internações, proporcional por sexo (1880-1884/1889-1896).....	244

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Denominações de cor atribuídas às mulheres, utilizadas nos livros de óbitos da SCMPA - Dados percentuais entre as cores por ano.....	86
Tabela 2: Denominações de cor atribuídas às mulheres, utilizadas nos livros de óbitos da SCMPA – Quantidade de óbitos por cor e ano.....	86
Tabela 3: Local de sepultamento por denominação de cor entre as mulheres (total dos anos analisados) – Dados percentuais.....	87
Tabela 4: Local de sepultamento por denominação de cor entre as mulheres (total dos anos analisados) - Dados por quantidade numérica.....	87
Tabela 5: Naturalidade das mulheres enterradas no Cemitério da SCMPA: relação por cor...	89
Tabela 6: População de Porto Alegre de acordo com os sexos (1872, 1890 e 1900).....	189
Tabela 7: Taxa de mortalidade de várias cidades do mundo.....	196
Tabela 8: Distribuição dos óbitos por categorias grupais de causa de morte em Porto Alegre	202
Tabela 9: Causas de morte no grupo 1	203
Tabela 10: Causas de morte nos grupos 5 e 9.....	210
Tabela 11: Mortalidade no grupo 1 por faixas etárias.....	211
Tabela 12: Mortalidade no grupo 2 por faixas etárias.....	211
Tabela 13: Mortalidade no grupo 14 por faixas etárias.....	212
Tabela 14: Total da mortalidade de Porto Alegre por faixas etárias	212
Tabela 15: Principais causas de morte dos grupos 1 e 2, na faixa etária dos menores de 1 ano de idade.....	213
Tabela 16: Internações, por sexo, nas Santas Casas de Misericórdia do Rio Grande do Sul em 1894	226
Tabela 17: Internações de mulheres na SCMPA por denominação de cor e classe	233
Tabela 18: Causas das internações para o sexo feminino na SCMPA (1883-1884)	237
Tabela 19: Mortalidade na SCMPA (1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895).....	246
Tabela 20: Idade das mulheres denominadas como pretas por naturalidade.....	291
Tabela 21: Idade das africanas por faixas etárias	293

SUMÁRIO

PARTE 1 FUNDAMENTOS INVESTIGATIVOS	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 TEORIA E METODOLOGIA	26
2.1 DISCUSSÃO TEÓRICA.....	26
2.2 FONTES DE PESQUISA.....	36
2.3 METODOLOGIA PARA USO DAS FONTES.....	45
2.3.1 Aportes para a pesquisa da mortalidade e morbidade: elaboração de categorias ..	45
2.3.1.1 Sobre morbidade populacional	53
2.3.1.2 Categorização das faixas etárias	57
2.3.2 Censos demográficos	60
2.3.2.1 Censo de 1872	62
2.3.2.2 Matrícula especial dos escravos	65
2.3.2.3 Censo de 1890	67
3 PORTO ALEGRE, POPULAÇÃO, MULHERES POBRES E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	72
3.1 PORTO ALEGRE E POPULAÇÃO NO FINAL DO SÉCULO XIX.....	72
3.2 AS MULHERES POBRES DE PORTO ALEGRE	76
3.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE PORTO-ALEGRENSE	90
3.3.1 Origens das Misericórdias	91
3.3.2 Origens da SCMPA	93
3.3.3 A SCMPA e sua relação com a pobreza	96
3.3.4 A SCMPA e a sua relação com a elite.....	100
PARTE 2 A MEDICINA DA MULHER.....	107
4 AS MULHERES, PELA MEDICINA	108
4.1 O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL	108
4.2 A ABORDAGEM DA MULHER.....	113
5 A MEDICINA DA MULHER NA SCMPA: MÉDICOS, CONHECIMENTO E AÇÕES	132

PARTE 3 MORTALIDADE, MORBIDADE, CONDIÇÕES DE VIDA	181
6 A MORTALIDADE E A MEDICINA DA MULHER.....	182
6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORTALIDADE EM PORTO ALEGRE	182
6.1.1 As condições de saúde	182
6.1.2 A mortalidade geral populacional.....	188
6.1.3 A mortalidade de mulheres e crianças.....	209
7 VIDA, DOENÇA E MORTE FEMININA NA SCMPA	224
7.1 AS MULHERES POBRES DA SCMPA	224
7.2 MORBIDADE E MORTALIDADE NO HOSPITAL	236
7.2.1 Morbidade	237
7.2.2 Mortalidade.....	242
8 CONCLUSÃO.....	253
FONTES PRIMÁRIAS	262
REFERÊNCIAS	270
APÊNDICE A	291
APÊNDICE B.....	293

PARTE 1 FUNDAMENTOS INVESTIGATIVOS

Uma palavra de Haller deu-me a chave dessa compreensão. Disse-me ele, certa vez, quando falávamos a propósito das chamadas crueldades da Idade Média: - Tais horrores na verdade não existiram. Um homem da Idade Média condenaria totalmente nosso estilo de vida atual como algo muito mais cruel, terrível e bárbaro. Cada época, cada cultura, cada costume e tradição têm seu próprio estilo, têm sua delicadeza e sua severidade, suas belezas e crueldades, aceitam certos sofrimentos como naturais, sofrem pacientemente certas desgraças. O verdadeiro sofrimento, o verdadeiro inferno da vida humana reside ali onde se chocam duas culturas ou duas religiões. Um homem da Antiguidade, que tivesse de viver na Idade Média, haveria de sentir-se tão afogado quanto um selvagem se sentiria em nossa civilização¹.

¹ HESSE, Hermann. *O lobo da estepe*. BestBolso: Rio de Janeiro. 2010. p. 32.

1 INTRODUÇÃO

Questões em torno da chamada medicina da mulher, mais especificamente as relacionadas à obstetrícia e ginecologia, são capazes de suscitar grandes debates e de demonstrar as diferentes faces sociais que envolvem estas especialidades da medicina. Atualmente, no Brasil (e em vários países do mundo), muitas mulheres passaram a optar por realizar o parto em casa e a reivindicar este direito². Entre os principais argumentos, encontram-se: maior apoio afetivo, físico e emocional; evitam-se cesarianas desnecessárias e procedimentos cirúrgicos como a episiotomia (corte feito para facilitar a saída do feto); a pouca possibilidade de risco de infecção ou contaminação por outras doenças. Por outro lado, profissionais da medicina e alguns conselhos médicos³ posicionam-se contra o parto domiciliar (porém alguns, em menor número, se posicionam favoravelmente) argumentando que pode ocorrer o risco de complicações hemorrágicas, retenção de placenta na gestante, possibilidade de não haver hospitais por perto em caso emergencial, em casos de longo período expulsivo não é possível uso de fórceps e, além disso, a gestante pode sofrer um prolapso do cordão umbilical (quando o cordão sai antes do bebê)⁴. Entretanto, cabe salientar que a quase totalidade dessas mulheres, mormente das camadas sociais mais altas, realiza (senão todas) um cuidadoso acompanhamento pré-natal com o apoio de médicos e, no momento do parto, também conta com o auxílio de uma equipe médica. Demonstram-se assim, estas mulheres, bem informadas sobre aspectos culturais e de saúde, estando cientes sobre a importância do acompanhamento médico durante estas fases.

De outra maneira, observa-se outra face, evidenciada por um grau bem mais básico de instrução por parte das mulheres, sobre os cuidados necessários e dos benefícios do acompanhamento médico durante a gravidez, parto e puerpério. O SUS - Sistema Único de Saúde brasileiro, que possui programas de saúde específicos para a saúde da mulher⁵, por meio de agentes comunitários e outros profissionais da saúde, procura informar e conscientizar mulheres, principalmente as das classes sociais mais pobres, sobre a importância

² Em junho de 2012, no centro da cidade de São Paulo um grupo de mais de 500 mulheres realizou protesto reivindicando o direito de realizar o parto em casa. Ver: JORNAL VALE DOS SINOS. *Protesto pelo direito ao parto*. São Leopoldo, 18 jun. 2011.

³ Como o Conselho Médico do Rio de Janeiro, em julho de 2012. IHU. O parto domiciliar deve ser proibido? Sim. O risco das complicações inesperadas. 11 ago. 2012. *Jornal IHU*. Disponível em: [http://www.ihu.unisinos.br/]. Acesso em ago. 2012.

⁴ Ver: G1.GLOBO. *Parto em casa divide especialistas*. Disponível em [http://g1.globo.com]. Jul. 2012.

⁵ PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

do acompanhamento médico no decorrer da gestação, parto e puerpério e, até mesmo, da realização do parto no hospital. No entanto, ressalta-se, não se quer tomar aqui uma posição na discussão polêmica sobre se o parto deve ser ou não realizado no hospital ou afirmar que as mulheres mais pobres deveriam ser mais conscientes dos benefícios do acompanhamento médico durante a gravidez.

Neste ínterim, observa-se que o século XX foi marcado pela ascensão das maternidades hospitalares, fazendo do hospital o local para a realização do parto, por meio de um grande aparato de instrumentos e procedimentos médicos e do acompanhamento da gravidez para a maioria das mulheres, independentemente da posição social. No entanto, no alvorecer do século XXI ocorre a tendência para um fluxo diferenciado, ao menos para as mulheres das classes mais altas: a volta para o parto no domicílio. Diz-se aqui “volta” porque, na sociedade brasileira do século XIX, o comum, para ambas as classes, era que o parto fosse realizado nas casas, por parteiras e em caso de problemas, por médicos (caso a família ou a mulher tivesse recursos para pagar por este serviço). O incomum era que os partos se realizassem em hospitais. Como poderá ser visto nesta dissertação, esses locais se reservariam às mulheres mais pobres da população e, raramente, de um modo geral, seriam procurados por parturientes. No entanto, mesmo com a baixa procura das mulheres grávidas por médicos ou hospitais, foi no mesmo século XIX que foi criada a especialidade médica conhecida como medicina da mulher, que na realidade, ocupava-se de duas especialidades: obstetrícia e ginecologia.

Realizadas estas breves comparações entre presente e passado, é destacado o pensamento de Hermann Hesse trazido na epígrafe desta parte do texto, ou seja: é necessário estar ciente de que cada processo se desenvolve dentro de um contexto específico do tempo a que pertence. Logo, não se trata aqui de tentar realizar analogias atemporais em torno da saúde das mulheres e do desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia. Quer sim, por meio destas breves considerações iniciais, demonstrar que a relação das mulheres com o saber médico diplomado e institucionalizado, com os hospitais e com a medicina da mulher se desenvolveram, até os dias presentes, em meio a questões sociais e culturais que são intrínsecas a uma determinada sociedade e a um tempo específico, permeadas por valores (que se demonstram também como morais) que englobam concepções de gênero e classe social (e ainda outras, dentre as quais, em uma sociedade marcada pela escravidão, os [pré]conceitos étnico-raciais).

Visto isso, o problema desta pesquisa visa analisar as condições de saúde das mulheres pobres de Porto Alegre, mais detidamente as internadas na Santa Casa de Misericórdia daquela cidade, nas duas últimas décadas do século XIX, buscando examinar e compreender a relação estabelecida entre as mulheres pobres enfermas e suas doenças, com o saber e as ações médicas produzidas naquele hospital. Como consequência desse direcionamento de olhar para a medicina que estava mais voltada às mulheres, a pesquisa também se detém sobre a área médica que distinguia a medicina feminina da masculina naquele dado período: a incipiente *medicina da mulher*, um dos vários campos da medicina científica do período, que se desenvolvia, principalmente, por meio da obstetrícia e da ginecologia. Desse modo, em decorrência, analisa a construção dessa medicina, ocupando-se sobre os seus primeiros desenvolvimentos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SCMPA). A partir de tal intenção, também foi procurado verificar se o desenvolvimento dessas especialidades (obstetrícia e ginecologia) representou melhorias para a saúde das mulheres lá internadas e, talvez de modo mais indireto, avanços na forma como os médicos se preocupavam com o tratamento das mulheres (considerando também enfermidades que não fazem parte da obstetrícia e da ginecologia).

Em tempo, é importante ressaltar que se entende aqui como “*medicina científica*” a medicina que tinha por base ideias construídas a partir de estudos realizados, publicados e reconhecidos dentro daquele meio⁶ pelos seus membros, ou seja: a realizada por médicos diplomados em faculdades de medicina, por sua vez, também ligados a instituições médicas oficiais, no Brasil⁷ (principalmente) e/ou no mundo. Trata-se assim, em outras palavras, de uma medicina diplomada, institucionalizada e, porque não, naquele contexto, também acadêmica⁸.

Destaca-se, ainda, que a denominação “*medicina da mulher*” é aqui utilizada mais como uma forma de integração desta pesquisa dentro da construção científica dos estudos históricos que se ocuparam sobre a temática no mesmo recorte temporal - que a adotaram largamente ao abordar a área médica que se ocupava da ginecologia e da obstetrícia -, do que

⁶ Com os periódicos médicos se constituindo como veículos de divulgação, aceitação, reconhecimento ou repúdio desse saber que era construído. Destacam-se assim, nesse sentido, os periódicos mais importantes na cena médica naquele período, que serão utilizados como fontes para esta pesquisa: “*A Gazeta Médica da Bahia*” e “*O Brazil-Médico*”.

⁷ Tal como a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a Academia Imperial de Medicina, posteriormente renomada como Academia Nacional de Medicina, entre outras.

⁸ Na maior parte das vezes, conforme observado nesta pesquisa, a maior parte dos estudos brasileiros dentro do campo eram conduzidos por médicos ligados às faculdades de medicina existentes no Brasil. Ressalta-se, ainda, que muitas das pesquisas existentes naquele período materializavam-se por meio das teses defendidas pelos alunos das faculdades, ao término do curso.

por encontrá-la assim descrita na documentação do século XIX. Nos documentos analisados, a medicina que se ocupa mais especificamente sobre o corpo feminino é definida, mormente, como obstétrica e ginecológica. No entanto, a denominação “*medicina da mulher*”, raramente vista na documentação do período, pode ser muito válida para esta pesquisa em outro sentido, mais figurativo: por indicar, mesmo que indiretamente, por seu caráter aparentemente amplo, uma preocupação médica com a saúde da mulher como um todo. Ou seja, que visa não somente questões ligadas à ginecologia e à obstetrícia, mas também, as que se relacionam com o tratamento geral de mulheres nos hospitais do século XIX (e que não deixa de se estabelecer em contraposição a saúde dos homens). Logo, como poderá ser visto ao longo desta dissertação, uma denominação que se aproxima muito mais de uma análise que pretende investigar não somente a obstetrícia e a ginecologia, mas também, as condições de saúde e o tratamento de mulheres em uma determinada cidade e hospital, naquele período.

Visto isso, os seguintes pontos de análise configuram-se como os objetivos desta pesquisa:

- Definir, socialmente, quem eram as mulheres pobres de Porto Alegre;
- Examinar como a medicina científica observava, analisava e definia as mulheres dentro das suas pesquisas, examinando os principais traços que delineavam a medicina da mulher naquele período, principalmente, no Brasil;
- Analisar a constituição física, administrativa e funcional do hospital da SCMPA, voltando o olhar para a medicina da mulher, detendo-se sobre o seu desenvolvimento no interior daquele local;
- Examinar como a população pobre da cidade, especialmente as mulheres, observava o hospital da Santa Casa como local de cura e realização do parto;
- Averiguar as condições de saúde (por meio da análise da morbidade e mortalidade) das mulheres na cidade de Porto Alegre e na Santa Casa de Misericórdia da mesma cidade;
- Por fim, compreender o que significou a implantação da medicina da mulher na Santa Casa de Porto Alegre em relação às funções e ao tratamento disponibilizado às mulheres pobres e suas necessidades, e ainda, como influenciou nas condições de saúde (morbidade e mortalidade) das mesmas mulheres.

A justificativa para este estudo, para além das questões de ordem particular⁹, se dá sob duas formas. A primeira, pela quase inexistência de pesquisas historiográficas sobre as condições de saúde de mulheres e primeiros desenvolvimentos da medicina da mulher na cidade de Porto Alegre/Santa Casa de Misericórdia e, ainda mais, tendo como foco de análise as mulheres pobres urbanas. A segunda, pelo alcance analítico proporcionado por este exame sobre a sociedade porto-alegrense e brasileira do final do século XIX. Vislumbram-se assim, para análise, diversos aspectos que permeavam aquela sociedade naquele dado período, tais como as diferenças e discriminações em torno do gênero, da classe social e de fatores étnico-raciais, todas permeadas por valores morais. Tais aspectos seriam absorvidos também pela medicina, mais diretamente a medicina da mulher, conformando-se em formas peculiares de se observar e analisar as mulheres e suas enfermidades, mais especificamente as doenças e os problemas relacionadas aos períodos da gravidez, do parto e puerpério.

À primeira forma, para além do pioneirismo da análise que se realiza sobre as condições de saúde de mulheres pobres urbanas (final do século XIX) por via do exame de registros de mortalidade e morbidade, ligam-se as justificativas temporal e espacial para a análise do problema. No Brasil (assim como em diversos outros países do mundo), nas duas últimas décadas do século XIX (processo que se desenvolvia há algumas décadas), a medicina da mulher passou a se constituir como objeto da medicina científica, por meio da obstetrícia e a da ginecologia. A atenção por tal especialidade médica gerou maior atenção por parte dos médicos sobre questões relacionadas à saúde da mulher e, ao mesmo tempo, suscitou velhos e novos olhares sobre o que definiria a mulher como um ser biológico e, ao mesmo tempo, o seu papel na sociedade.

Na década de 1880 foi publicado o Decreto de 30 de outubro de 1882¹⁰ que instituiu legalmente a cadeira de clínica obstetrícia e ginecológica nas faculdades de medicina brasileiras (Salvador e cidade do Rio de Janeiro). Porto Alegre, no início da mesma década, ainda não contava com uma faculdade de medicina e, também, não existiam clínicas especiais de tratamento para mulheres¹¹. A SCMPA contava naqueles mesmos anos apenas com uma enfermaria para mulheres, que não era voltada para qualquer especialidade médica. Entretanto, nos últimos anos da década de 1890 a mesma Santa Casa já contaria com uma

⁹ Interesse pela temática, trajetória de pesquisa etc.

¹⁰ O Decreto de 30 de outubro de 1882, assim como o de 12 de março de 1881, serviu para complementar a Reforma Leôncio de Carvalho, instituída em 19 de abril de 1879. Ver: SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil* (do século XVI ao século XIX). São Paulo: Brasiliense, 1947. v. III. Parte II, capítulo I.

¹¹ Não se excluindo a possibilidade de alguns médicos, voltados para estas especialidades, atenderem de forma particular.

enfermaria de medicina de mulheres e outra, específica, de ginecologia e partos. No mesmo hospital também se passaria a realizar um Curso de Partos que era coordenado por alguns dos médicos da Santa Casa. No final da década de 1890 seria criada a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, tendo como parte do seu alicerce acadêmico o Curso de Partos da Santa Casa e, como corpo organizacional e funcional, decorrentemente, o mesmo grupo de médicos que criara aquele Curso. Estes médicos também atuavam nas enfermarias da SCMPA. Configura-se, desse modo, um espaço temporal e geográfico delimitado para a análise de uma medicina mais preocupada com a saúde da mulher e, ainda, da formação das especialidades médicas conhecidas como obstetrícia e ginecologia, na cidade de Porto Alegre. Trazidas estas considerações, torna-se também compreensível a escolha da Santa Casa como lócus específico desta pesquisa. De outra maneira, ocupando-se mais detidamente sobre as mulheres pobres da população, esta escolha tem ainda outra justificativa: conforme poderá ser visto, o hospital da Santa Casa era procurado quase que exclusivamente por mulheres pobres (talvez as mais pobres) daquela cidade.

Ao restante dos elementos que compõem a justificativa desta pesquisa ligam-se diversos aspectos, sociais, que permeavam aquela determinada sociedade naquele período específico, conformando um cenário complexo e que enriquecem o exame sobre o problema, tais como: o grande número de pessoas (dos mais diferentes segmentos populacionais) migrando para Porto Alegre em busca de trabalho, desencadeando considerável aumento populacional em um momento em que a cidade não se mostrava preparada (como pôde ser observado na pesquisa, inclusive sob o ponto de vista sanitário) para a absorção deste grande contingente de pessoas; o final da escravidão e a formação de uma nova composição social na cidade; o início do Brasil República, ocasionando um momento de profundas transformações na composição política e das pessoas que ocupavam os cargos políticos; e ainda, no âmbito nacional, o surgimento de uma medicina científica brasileira que se preocupava, cada vez mais, com as especificidades étnico-raciais, de gênero e classe social da população, absorvendo conceitos e preconceitos comuns daquela sociedade, utilizando-os e transformando-os nas pesquisas realizadas.

Este texto divide-se em quatro partes. A primeira, na qual se encontra esta introdução, procura municiar o leitor dos aspectos fundamentais para a compreensão de como a pesquisa foi realizada, bem como, trazer os elementos básicos contextuais para o entendimento do local, período e dos sujeitos analisados. Logo, em outras palavras, trata diretamente dos aspectos teóricos e metodológicos, da contextualização do problema estudado, e ainda mais,

da definição desse grupo populacional aqui denominado como *mulheres pobres*. A descrição longa e acurada, principalmente sobre os processos teóricos e metodológicos realizados na pesquisa, justifica-se por se demonstrarem como elementos fundamentais para a compreensão do que foi pensado e inferido em análise. Concebendo a História e a sua escrita como uma Ciência, construída por meio de uma série de operações de exames, críticas e testes que levam a um ou vários resultados, torna-se natural que um texto acadêmico traga consigo, ao menos, a explicação básica sobre esta construção. Neste sentido, há de se ressaltar que para a realização desta pesquisa foi necessária a exploração de uma gama diversificada de fontes, que nem sempre trazem as informações de forma aparente. Estas, por suas peculiaridades (tais como os censos demográficos, relatórios da provedoria, livros atas, de óbitos e de enfermos da SCMPA), a fim de explorar o potencial de pesquisa oferecido pelas mesmas, requereram a utilização de diferentes e exaustivos procedimentos metodológicos que, se não identificados, tornam incompreensíveis os resultados obtidos e as conclusões realizadas.

De outra maneira, a contextualização mais aprofundada sobre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, seu hospital, sua organização administrativa e suas relações com a sociedade em que estava inserida, se compõem como informações essenciais para a análise do problema nas demais partes em que se divide a dissertação. E nesse ponto, como parte integrante e constituinte do contexto, também se inclui a definição social dos sujeitos enfocados por esta pesquisa: quem eram as mulheres pobres de Porto Alegre em relação ao todo contextual analisado? Trata-se, assim, de um exame que buscará uma visão dessas mulheres a partir de seus traços sociais mais gerais, considerando as suas condições de vida. Procurar-se-á, assim, identificar e descrever alguns destes traços, que por sua vez, venham a indicar as especificidades (em relação ao todo) e os aspectos comuns que possibilitam o uso da expressão *mulheres pobres*, no sentido de reconhecê-la e estabelecê-la como uma classe social e de gênero, no contexto daquela sociedade, para fins de análise.

A segunda parte da dissertação direcionará o olhar para a verificação de como a medicina se ocupava de maneira específica sobre a mulher. Tal análise se dará sob duas formas. Em um nível mais amplo (tendo como fontes de pesquisa, principalmente, revistas e teses médicas), buscar-se-á definir o que era, na segunda metade do século XIX, a *medicina da mulher*, procurando também entender como aquela medicina observava as mulheres. Porém, tal visão advinda da medicina não será analisada de forma isolada, mas sim, dentro de um contexto social mais amplo, onde conceitos de gênero, classe social e etnicidade, envoltos a preceitos morais hegemônicos daquela sociedade (sobre o papel social da mulher), eram

absorvidos pela ciência da medicina. Será buscado compreender como esses conceitos influenciavam nas pesquisas médicas, se definiam ou não modos peculiares de pensar as mulheres e de entender as suas patologias. Objetiva-se assim entender não somente como a medicina observava as mulheres pobres, mas também como ela significava o seu conhecimento em relação àquelas mulheres.

Em um nível mais específico, analisar-se-á como se estabeleceu a medicina da mulher na SCMPA nas duas últimas décadas do século XIX. Em outras palavras, examinará quando e como ocorreu, naquela Instituição, maior preocupação com a saúde da mulher. A análise enfocará a atuação e as ações do corpo administrativo e médico (esse principalmente) da Santa Casa, voltadas para a medicina da mulher, bem como, para uma maior atenção sobre a saúde e tratamento das mulheres naquele local. Como forma de identificação e visualização destas ações, serão examinadas as modificações organizacionais, administrativas, funcionais e físicas do hospital dentro do período, em torno de uma preocupação mais direcionada para a implantação dos preceitos médicos hegemônicos, principalmente os que se referem ao tratamento de mulheres. No entanto, essas ações não serão vistas de forma isolada, mas sim, como incluídas em um complexo contexto de interesses, individuais e de grupos, composto por sujeitos de pensamentos às vezes comuns, outras vezes nem tanto. Dessa maneira, as ações desses sujeitos serão analisadas a partir dos aspectos sociais e profissionais envolvidos, objetivando constituí-las de maior sentido para a compreensão dos processos desenvolvidos no hospital relacionados à medicina da mulher e ao tratamento das mulheres. Tal exame será conduzido, para além de um universo de fontes auxiliares, principalmente pelos relatórios e livros atas da provedoria da SCMPA.

A terceira e última parte da dissertação enfocará a análise sobre as condições de saúde, morbidade e mortalidade das mulheres pobres de Porto Alegre, mais especificamente, das que foram internadas na Santa Casa de Misericórdia. Isto, com a finalidade de examinar, finalmente, se as condições observadas se relacionam de alguma forma com as ações médicas realizadas naquele hospital. Nesse contexto, também serão explorados os motivos que faziam com que aquelas mulheres recorressem àquele hospital. Além disso, em sentido próximo, tais observações se conformam como aspectos importantes para a compreensão do contexto particular em que se deu o desenvolvimento da medicina da mulher naquela cidade. De outro modo, com a exploração sobre as condições de saúde e da mortalidade¹² feminina de forma

¹² Em relação ao exame dos dados de mortalidade das mulheres, para a melhor compreensão sobre essas informações, entende-se que a análise isolada sobre um grupo específico de indivíduos (neste caso, as mulheres

relacionada à medicina da mulher que se realizava na Santa Casa, estabelece-se uma forma de problematizar até que ponto a medicina, por meio daquela especialidade, articulava a teoria com a prática realizada.

O exame terá como base as informações constantes nos livros de entrada de enfermos daquele hospital, bem como, nos livros de registro de óbitos do cemitério administrado pela Santa Casa. Apesar de privilegiar os dados relativos às causas de internação e de óbitos, a pesquisa também considerará os aspectos sociais de vida daquelas mulheres, também observados por meio de outros indicadores trazidos nas mesmas fontes. Logo, não se separam os aspectos sociais de vida (condições de trabalho, moradia etc.) das condições de saúde, morbidade e mortalidade das mulheres analisadas. Desse modo, em uma última instância, procurar-se-á compreender como a SCMPA, por meio da atuação do seu corpo médico (e administrativo) pensava a saúde e a medicina direcionada para as mulheres (e como as próprias mulheres também pensavam) de acordo com a realidade social que se apresentava naquela cidade, mais especificamente naquele hospital, por meio das suas enfermas.

No que se refere à trajetória de conformação desta pesquisa, destacam-se alguns elementos fundamentais. Entre eles, a forte orientação teórica e metodológica, utilizada para questionar a validade do uso de certas ideias e conceitos, bem como, para problematizar as fontes exploradas, o que possibilitou examinar como e até que ponto seriam úteis para a pesquisa empreendida. Neste sentido, foram de grande importância as reuniões de orientação e a disciplina de Tópicos Especiais¹³, coordenada pela Profa. Dra. Regina Xavier. Nos encontros foram discutidas as pesquisas desenvolvidas pelos alunos, o que ocasionou uma pluralidade de olhares, críticas e contribuições para o tema aqui pesquisado. Logo, a participação neste *quase grupo de pesquisa*¹⁴ gerou profundas construções e reconstruções sobre o problema estudado, proporcionando enorme ganho qualitativo para a pesquisa. Para o

pobres) e/ou de causas de morte (vinculadas à medicina da mulher) não se constitui de sentido caso não for relacionada ao todo envolvido (populacional e das causas). Dessa maneira, a análise da mortalidade será realizada integralmente, considerando o total da população e das causas de morte, de acordo com as informações encontradas nas fontes utilizadas.

¹³ Ocorrida por três semestres seguidos, com encontros semanais.

¹⁴ Para além da Profa. Regina Xavier, incluindo o autor desta pesquisa, muitos dos docentes que realizaram esta disciplina também fazem parte do Grupo de Pesquisa CNPQ, intitulado: *A experiência dos africanos e seus descendentes no Brasil*. Ver: A EXPERIÊNCIA DOS AFRICANOS E SEUS DESCENDENTES NO BRASIL. *Grupo de Pesquisa CNPQ*. Disponível em: [<http://www.escravidaoliberalidade.com.br>].

aprofundamento das temáticas envolvidas na investigação, foram também importantes as participações nas disciplinas do PPG em História e PPG em Antropologia Social da UFRGS¹⁵.

Para o incremento de fontes utilizadas, maior aprofundamento teórico e aquisição de conhecimentos específicos sobre as temáticas da pesquisa, foi muito significativa a participação no Projeto Procad: *Cruzando Fronteiras: a história do trabalho no Brasil para além das dicotomias tradicionais*¹⁶, sob a tutoria da Profa. Dra. Caetana Maria Damasceno¹⁷, realizada em 2011 na cidade do Rio de Janeiro. Foi realizada intensa pesquisa em arquivos e bibliotecas e entrevistas com professores e pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Também de extrema importância para o resultado final aqui apresentado, foram as cuidadosas, precisas e valiosas considerações realizadas pela banca de qualificação desta pesquisa, representada pela Profa. Dra. Beatriz T. Weber e pelo Prof. Dr. Fábio Kuhn, profundos conhecedores das temáticas envolvidas.

¹⁵ Destacam-se as disciplinas: *Antropologia do Corpo e da Saúde*, ministrada pela Profa. Seres Víctora, e *Antropologia do Gênero e da Sexualidade*, ministrada pela Profa. Fabíola Rohden, que oportunizou a obtenção de um apurado panorama sobre a construção da categoria analítica *gênero* até os dias atuais.

¹⁶ Mais informações sobre o Projeto: “Envolve a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenado pela professora Regina Xavier (UFRGS). O projeto se inscreve no processo de expansão e renovação da história do trabalho nas últimas décadas no Brasil, o que não se trata de um fenômeno isolado, mas sim de uma manifestação específica da tendência internacional de deslocamento da centralidade da pesquisa sobre o tema rumo aos países de industrialização recente. Um dos aspectos mais destacados desta produção é a busca de superação de dicotomias que, tradicionalmente, isolavam em campos de estudos diferenciados o trabalho livre e o trabalho escravo, o trabalho urbano e o trabalho rural, o trabalho formal e o trabalho informal. Ao mesmo tempo, busca-se apreender a experiência da classe trabalhadora de forma ampla. Somando-se a tudo isso, o desenvolvimento da pesquisa sobre o tema em regiões até recentemente não estudadas começa a criar, pela primeira vez, condições para uma história do trabalho efetivamente nacional”. Ver: A EXPERIÊNCIA DOS AFRICANOS E SEUS DESCENDENTES NO BRASIL. *Grupo de Pesquisa CNPQ*. Disponível em: [<http://www.escravidaoeliberdade.com.br>].

¹⁷ Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

2 TEORIA E METODOLOGIA

2.1 DISCUSSÃO TEÓRICA

Do ponto de vista teórico, a pesquisa demonstra profunda preocupação com os aspectos sociais em torno dos sujeitos estudados. Logo, destacam-se como categorias analíticas importantes a classe social e o gênero. Trata-se, assim, de uma história social sobre condições de saúde, morbidade e mortalidade de mulheres pobres em Porto Alegre, bem como, sobre o surgimento e desenvolvimento de uma medicina mais preocupada com aquelas mulheres. Em curtas palavras, nesta pesquisa, entende-se a perspectiva teórica da história social de acordo com o pensamento de Hebe Castro (com fortes influências de E. P. Thompson), isto é: “enquanto forma de abordagem que prioriza a experiência humana e os processos de diferenciação e individuação dos comportamentos e identidades coletivos – sociais – na explicação histórica”¹⁸.

Dado este necessário embasamento que ainda será aprofundado, para iniciar a análise sobre as categorias teóricas já invocadas, talvez seja importante trazer um velho questionamento recorrente sobre o tipo de história que se realiza nas pesquisas que tem as mulheres como objeto de análise: história das mulheres ou história de gênero? Uma história que procura trazer as mulheres para as suas páginas ou que realiza uma análise que enfoca as diferenças sociais entre os sexos? Por se ocupar de um grupo social específico de mulheres por um lado, e por outro, de uma medicina direcionada para mulheres (ou seja, uma medicina voltada para a diferença não somente biológica mas também social dos indivíduos), é possível dizer que esta pesquisa abarca as duas possibilidades. Entretanto, dada esta curta e rápida resposta, tal questionamento torna-se um bom ponto de partida para o aprofundamento dos aspectos teóricos que norteiam esta pesquisa.

Dentro do exposto, torna-se necessário explorar o domínio historiográfico reconhecido como “história das mulheres”. A trajetória da história das mulheres foi construída paralelamente à luta política das mulheres, estando assim intrinsecamente ligadas às questões de gênero, bem como, atrelada à evolução do uso do gênero como categoria analítica. De outra maneira, em certo sentido, a história das mulheres nasceu da história social, e de certo

¹⁸ CASTRO, Hebe. História Social. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 54.

modo, evoluiu em conjunto. É possível dizer que a história das mulheres surgiu com o movimento feminista da década de 1960. Neste mesmo período, na escrita da história, correntes revisionistas marxistas apresentaram uma postura diversa ao assumirem como objetos de estudo grupos ultrapassados pela história até então realizada, incluindo as massas populares sem um nível significativo de organização¹⁹. Em um primeiro momento os historiadores sociais supuseram as mulheres como uma categoria homogênea:

Pessoas biologicamente femininas que se moviam em contextos e papéis diferentes, mas cuja essência, enquanto mulher, não se alterava. Essa leitura contribuiu para o discurso da identidade coletiva que favoreceu o movimento das mulheres na década de 70. Firmou-se o antagonismo homem versus mulher que favoreceu uma mobilização política importante e disseminada²⁰.

Estaria primeiramente em jogo trazer as mulheres para a história, mas não de qualquer forma. Interligada a luta política feminista, o que importava não era uma história das mulheres em seus “feitos e gestos da vida comum”, mas sim, das “mulheres em ação”²¹. É factível pensar que este ponto de vista é demasiado combativo, porém é aceitável e compreensível para o período em que foi desenvolvida. Tal perspectiva foi fortemente adotada por Michelle Perrot²². Porém, conforme Rachel Soihet:

Já no final da década, porém, tensões se instauraram, quer no interior da disciplina, quer no movimento político. Essas tensões teriam se combinado para questionar a viabilidade da categoria das “mulheres” e para introduzir a “diferença” como um problema a ser analisado. A fragmentação de uma idéia universal de “mulheres” por classe, raça, etnia e sexualidade associava-se a diferenças políticas sérias no seio do movimento feminista. Assim, de uma postura inicial em que se acreditava na possível identidade única entre as mulheres, passou-se a uma outra em que se firmou a certeza na existência de múltiplas identidades²³.

Consequentemente, a partir dos anos 70 foram postos inúmeros desafios para a viabilidade da categoria “mulheres”, em que a diferença viria a dar o tom principal de análise. O foco passa a estar centrado na diferença (não na oposição) entre mulheres e homens. Neste

¹⁹ SOIHET, Rachel. História das mulheres. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 276.

²⁰ Ibidem, p. 277.

²¹ PERROT, Michelle. *Os excluídos da história: Operários, mulheres e prisioneiros*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 187.

²² Ibid.

²³ SOIHET, Rachel. Op. cit. p. 277.

período o gênero é invocado de maneira diferente de poucos anos atrás²⁴: como categoria de análise, baseado nas diferenças sociais entre os sexos, havendo assim a necessidade de relacionar homens e mulheres, e não puramente optar por um ou outro²⁵. Por conseguinte:

A palavra indica uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como 'sexo' ou 'diferença sexual'. O gênero se torna, inclusive, uma maneira de indicar as 'construções sociais' – a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres [...] Sublinha também o aspecto relacional entre as mulheres e os homens, ou seja, que nenhuma compreensão de qualquer um dos dois pode existir através de um estudo que os considere totalmente em separado²⁶.

Neste sentido, como categoria de análise nos estudos históricos, o gênero deve ser enfocado de forma paralela a outras categorias. Joan Scott²⁷, pesquisadora referência desse campo de estudos, ao deter-se em uma crítica teórica sobre o uso da categoria gênero nos estudos históricos, alerta para o problema de considerar somente a distinção entre os sexos em uma investigação (o que simplificaria de modo demasiado a complexidade do social). Scott conclui que as desigualdades sociais se organizam sob, no mínimo, três formas: o gênero, a classe social e a etnicidade (que não se resume à cor da pele, incluindo a linguagem, cultura etc.). Porém, a intenção de Scott não é a de sugerir que cada uma dessas formas possa existir de modo isolado, mas ao contrário: a existência das mesmas se dá em meio a uma vasta e complexa rede de conexões e interconexões.

Como é perceptível, nos estudos de gênero reside a negativa do caráter estático da oposição binária entre masculino e feminino, que por algum tempo sustentou as demandas feministas. Em um primeiro momento tal oposição se fez importante para a luta política feminista, porém, com a complexificação do conhecimento dentro dos estudos e lutas na esfera social, mostrou-se como um método de análise reducionista da realidade. Deste modo, ainda durante o processo de emergência da história das mulheres sob a perspectiva de gênero,

²⁴ Conforme Scott: "No seu uso mais recente, o 'gênero' parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir na qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como 'sexo' ou 'diferença sexual'". Em relação ao "seu uso mais recente", a autora se refere à meada do século XX. SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990. p. 1.

²⁵ SCOTT, Joan. História das Mulheres In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992. p. 85-86.

²⁶ SOIHET, Rachel. Op. cit. p. 279.

²⁷ SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

entre os anos de 1970 foram privilegiados os estudos sobre o trabalho feminino, principalmente sobre mulheres operárias e suas lutas. Conforme Maria Izilda Matos, esta ênfase no mundo do trabalho possivelmente está associada ao vínculo existente com os estudos de tradição marxista, que enfocavam o movimento operário, pois tinham como motivação identificar os meios de opressão masculina e capitalista sobre as mulheres²⁸. Em síntese, a utilização sistemática do gênero para explorar a diferença dentro da diferença²⁹, trazendo consigo uma multiplicidade de identidades paralelas acabou por desencadear a queda da pretensão do significado unitário da categoria “mulheres”.

Conforme apontado por Joan Scott, esta mudança pode ser observada como tendo sido trazida da luta política (reivindicação de um passado próprio para diferentes identidades) para a história³⁰. E o reflexo disto poderá ser percebido na escrita da história das mulheres, principalmente, nas duas últimas décadas do século XX. A partir dos anos de 1980 crescem vertiginosamente a variedade de abordagens e de temáticas exploradas dentro da história das mulheres, e cada vez mais, esta parecem incorporar em suas perspectivas de análise as evoluções trazidas pela história social. Conforme Matos:

Nesse sentido, os estudos como os de E.P. Thompson foram inspiradores para trazer luzes sobre o que poderíamos chamar de uma “cultura de resistência”, em que a luta pela sobrevivência e a improvisação tomaram feições de atitudes políticas, formas de conscientização e manifestações espontâneas de resistência³¹.

Nestes trabalhos se procurou resgatar as múltiplas formas de estratégias de vida das mulheres no cotidiano, e de acordo com estas tendências, o cotidiano se mistura com o público. Conforme tem se realizado para os grupos subalternos na história social, este enfoque procura trazer táticas de sobrevivências e resistências desenvolvidas pelas mulheres, tanto na esfera pública quanto no privado³². Esferas estas que não podem ser simplesmente divididas, pois muitas vezes o mundo do trabalho ocorre no privado. A partir daí, será possível observar análises sobre as mais diversas esferas da vida humana feminina, sob diferentes perspectivas. Destacam-se, conforme Matos, os estudos sobre o papel feminino na família, relacionado à sexualidade, ao casamento e à maternidade, sendo conduzidos sob o enfoque da intersecção

²⁸ MATOS, Maria Izilda. História das mulheres e gênero: usos e perspectivas. In PISCITELLI, Adriana et al. *Olhares Feministas*. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009. p. 284.

²⁹ SCOTT, Joan. Op. cit.

³⁰ Ibid. p. 88.

³¹ MATOS, Maria Izilda. Op. cit. p. 285.

³² SOIHET, Rachel. Op. cit. p. 287.

entre as esferas do público e do privado, do individual e do social, entre outras. Estes estudos têm se concentrado mais em analisar o período colonial (em nível de Brasil), valendo-se de fontes ligadas ao Estado e à Igreja³³. Também se fazem presentes os que enfocam a disciplinarização, os padrões de comportamento, os códigos de sexualidade e a prostituição, mormente utilizando-se de fontes judiciais e médicas (mais no sentido de escritos médicos científicos) e ocupando-se de um recorte temporal, que em sua maior parte se estende do final do século XIX ao início do XX³⁴. Análises sobre a maternidade e sexualidade também são muito comuns neste período. Assim, sob diversas formas de investigação, a “história das mulheres” trouxe, primeiramente, as mulheres para as páginas da história, para depois problematizá-las e trazê-las como sujeitos ativos nos processos históricos, procurando cada vez mais superar a dicotomia da vitimização x heroicização das mulheres. Entretanto, observa-se que tal dicotomia não foi superada totalmente.

Neste ínterim, Maria Izilda Matos destaca alguns importantes pontos de análise a ser levados em conta, principalmente, se considerada parte da historiografia específica que trata das ligações existentes entre população/medicina, mulheres/medicina da mulher:

Certos corpos documentais cujo discurso vincula-se à procura de disciplinarização precisam ser utilizados com cautela, nos estudos da mulher. Para a recuperação dos sujeitos históricos, tem-se que atentar para a não-fragmentação da resistência-subordinação, não transformando os sujeitos da resistência em objetos da subordinação. Por outro lado, deve-se ter atenção para não atribuir uma força consciente invejável às lutas e resistências femininas, dando-lhes quase uma onipotência, reconstruindo heróis e invertendo mitos³⁵.

Alguns pesquisadores, em comum, em maior ou menor grau, situam o crescente aprofundamento médico sobre a medicina da mulher como um processo de “medicalização” do corpo feminino³⁶. Este processo estaria ligado a uma nova visão da prática médica, que se consolidava em fins do século XIX e que observava a mulher a partir de seu biológico específico, isto é, relacionando-a diretamente à questão da reprodução e da sua importância

³³ MATOS, Maria Izilda. Op. cit. p. 285.

³⁴ Ibid, p. 286.

³⁵ Ibid., p. 287.

³⁶ Referente a esta temática específica, destaca-se: LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. MARTINS, Ana Paula Vosne. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2000. 313f. (Doutorado em História). UNICAMP [2000]. ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX, *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 17, jun. de 2002. p. 101-125. VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

econômica para o Estado. De acordo com os aportes teóricos utilizados nessas pesquisas, ou autores posicionam a medicina como um instrumento técnico e científico de apoio ao Estado no exercício de controle e poder da sociedade. No caso da medicina da mulher, o processo de medicalização levaria à objetivação do corpo feminino dentro de um saber especializado. Isto indicaria, em última instância, que o aprofundamento médico-científico dentro da obstetrícia e da ginecologia, desencadearia um processo de intenso gerenciamento sobre os corpos femininos, por meio de um discurso normativo e disciplinador que, baseado em uma ideologia de maternidade, encerra as mulheres dentro da esfera doméstica³⁷. Cria-se assim, no nível teórico, uma oposição não muito diversificada (apesar de complexa) e problemática entre as mulheres e a medicina, em que as mulheres, por meio de seus corpos, tornam-se vítimas de uma medicina impositiva e dominadora, impulsionada por uma funcionalidade política.

Cabe realizar aqui uma breve análise sobre o ponto de vista adotado por esta linha de pesquisa. Dentro da historiografia, a perspectiva que toma a medicina como um instrumento de poder e controle³⁸ (*medicalização da sociedade*) têm suas origens nas ideias de Michel Foucault³⁹. Tal ótica de análise ganhou muito espaço na historiografia brasileira a partir da década de 1970, sendo Roberto Machado⁴⁰ e seus colaboradores os precursores da mesma no Brasil. Tal perspectiva, mais de duas décadas depois, foi avaliada e colocada à prova por vários pesquisadores, mormente ligados às concepções da história social (tal como trazido no início desta discussão). Entre eles se enquadram Flávio Edler e Beatriz Weber. Ao tratar sobre as ideias de Roberto Machado, Edler expôs que:

O conceito de *medicalização da sociedade* permitiu-lhe descrever as relações entre os saberes médicos e as práticas políticas da sociedade inclusiva não como uma

³⁷ VIEIRA, Elisabeth Meloni. Op. cit. p. 15-16.

³⁸ Que também foi observada nos textos de Fabíola Rohden e de Thomas Laqueur aqui utilizados: LAQUEUR, Thomas. Op. cit. ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p. 133 – 152, jun. 2008. ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. Op. cit. ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S201-S212, 2003.

³⁹ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. Idem. Nascimento do hospital. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 99-111. Idem. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 79-98.

⁴⁰ MACHADO, R., et alli. *Danação da Norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

justaposição ou exterioridade, mas como imanência. Destacou-se, assim, o papel jogado pela medicina na disciplinarização da população urbana do Império⁴¹.

Porém, conforme Weber:

Essa perspectiva tentou aplicar à sociedade escravista brasileira um enfoque que se revelou pouco apropriado porque carente de base empírica [...] Na maioria das vezes foram tomados como dados da realidade o que não passava de um projeto defendido por segmentos da corporação médica⁴².

De acordo com a mesma autora: “Edler desfez o enfoque apriorista na tese sobre a funcionalidade política do saber médico, criticando a aceitação do papel conferido à medicina social na sustentação da sociedade escravista como um dado definitivo”⁴³. Tem-se assim, uma visão mais complexa da realidade social, da medicina, dos sujeitos e da interação existente entre os mesmos. Por outro lado, as pesquisas que enfocam a atuação da medicina como um processo de medicalização e de disciplinarização de seres humanos, tendem a reduzir suas análises somente às questões de dominação. Ressalta-se: não que a dominação não exista de fato, mas há de se considerar em conjunto outros fatores, tais como a complexidade das relações humanas e as formas de resistência, muitas vezes acionadas pelos sujeitos de maneira silenciosa e quase imperceptível.

Das considerações teóricas até então realizadas, indica-se que se procurou nesta pesquisa, por meio da história social, das mulheres, de gênero e da saúde, buscar a complexidade que envolvia os sujeitos, o lócus e o período, aqui investigados. Conforme poderá ser visto, foi tentado trazer as ações e as escolhas humanas, dentro daquele contexto específico. Em poucas palavras, a medicina da mulher em Porto Alegre no século XIX será examinada como um processo realizado e conduzido por seres humanos, direcionado a outros seres humanos, o que denota um universo de escolhas individuais, mas que, porém, não deixam de estar interligadas com o todo contextual que os envolviam.

No entanto, ao considerar este contexto social mais amplo, a medicina não será observada como um ente social isolado, mas sim, como componente de um todo social, que

⁴¹ EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. P.174.

⁴² WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

⁴³ WEBER, Beatriz Teixeira. Op. cit. p. 22.

absorvia conceitos e preconceitos de gênero, classe social e étnico-raciais, tão ativos na sociedade brasileira do final do século XIX. Tal absorção geraria, dentro do seio da medicina, formas peculiares de se observar as mulheres. Consequentemente, estas concepções, considerando as diferenças destacadas, por meio das pesquisas empregadas por aquela ciência, passariam a se estabelecer, às vezes de modo mais direto outras nem tanto, como diferentes (tentativas de) formas de dominação sobre as diversas mulheres que compuseram a sociedade brasileira do final do século XIX. Entretanto, de outra maneira, ao levar em conta esse todo contextual, a medicina científica, institucional, não será identificada como a criadora desta forma peculiar de se observar as diferentes mulheres brasileiras, mas sim, como receptora e reformuladora de conceitos que já permeavam a sociedade em que estava inserida. Logo, de acordo com a abordagem advinda da história social utilizada por esta pesquisa, priorizando a “experiência humana e os processos de diferenciação e individuação dos comportamentos e identidades coletivos”⁴⁴, procurar-se-á problematizar, até que ponto, os representantes da medicina diplomada porto-alegrense, ao conviverem com a realidade das condições de saúde das mulheres internadas na SCMPA, tinham aquelas ideias, ou ainda outras, como norteadoras das ações implantadas e direcionadas para a medicina da mulher.

Visto isso, cabe ainda realizar algumas considerações em torno da perspectiva de classe social desta pesquisa, centrada nas mulheres pobres. Conforme observado até o momento, o aprofundamento dos estudos das mulheres e de gênero despertou o olhar para as diferenças entre as mulheres, considerando assim, também como categorias de análise, a classe social e os fatores étnicos raciais. Tratando-se das duas últimas décadas do final do século XIX, é extremamente complexo definir como classe as mulheres pobres de uma cidade brasileira. Quem seriam estas mulheres? Quais seriam os parâmetros a serem seguidos para tal definição? No decorrer desta pesquisa muito se tentou, através da bibliografia consultada, obter estes parâmetros e chegar a uma definição específica sobre quem seriam estas mulheres.

Ao pensar as mulheres pobres como objeto de estudo foi extremamente importante a pesquisa de Rachel Soihet, realizada ainda na década de 1980⁴⁵. O principal objeto de análise de Soihet é a mulher que fez parte dos segmentos populares do Rio de Janeiro, entre o final do século XIX e início do século XX⁴⁶. Mais detidamente, a autora aponta que a abordagem constitui-se numa visão da mulher pobre, moradora de cortiços ou outras habitações coletivas

⁴⁴ CASTRO, Hebe. Op. cit. p. 54.

⁴⁵ Baseado na tese de doutorado da autora. SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

⁴⁶ SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989. p. 1.

e que desenvolvem atividades no setor terciário, de baixa remuneração, salientando ainda que na amostragem por ela utilizada, não são encontradas operárias. Entretanto, apesar de demonstrar a viabilidade de se conduzir uma pesquisa tendo como objeto um grupo amplo de mulheres que se assemelham por uma condição de vida em que a pobreza é a marca principal, a pesquisa de Soihet não auxiliou de maneira mais direta a buscar quem seriam as mulheres pobres de Porto Alegre. Como mais um obstáculo, destaca-se que o estudo de Soihet não opera com o cruzamento das temáticas sobre mulheres e medicina, a não ser de uma forma um tanto superficial⁴⁷. Além disso, devido ao recorte temporal, também não abarca as mulheres escravas da população.

Dadas estas incompatibilidades, verificou-se que a definição do grupo social “mulheres pobres” deveria ser conformada de acordo com as especificidades em torno do problema explorado dentro do próprio contexto do período. Por conseguinte, tornar-se-ia objeto de exploração e análise, sendo conformada a partir do exame dos elementos sociais que constituem as condições de vida dos sujeitos analisados. Desse modo, as mulheres pobres de Porto Alegre e da SCMPA foram buscadas, principalmente, por meio da documentação consultada e, ainda, de bibliografia específica, ocupando-se dos vários aspectos que indicam tal condição social. Conforme poderá ser visto, este grupo de mulheres é pluralístico, sendo composto por mulheres de diversos segmentos que constituem a parte pobre da população.

A partir destas considerações e dentro do que foi exposto até o momento, é relevante mencionar outro ponto de cuidado que se refere a alguns estudos que se ocuparam da análise da medicina direcionada às mulheres, no século XIX. Examinando mais detidamente algumas dessas pesquisas⁴⁸, verificam-se análises que enfatizam a dominação masculina sobre as mulheres por meio da medicina (sob uma perspectiva político-institucional), sem considerar mais detidamente as diferenças sociais para além do gênero. Dessa maneira, tem-se a impressão de que as mulheres se constituem como uma classe ou um grupo social quase homogêneo e, conseqüentemente, pouquíssimo problematizado neste sentido. Concorde-se

⁴⁷ As partes do texto em que a autora realiza tal cruzamento ficam por conta dos seguintes subcapítulos, nos quais procura buscar o contexto em torno de seu objeto de pesquisa: “A medicina combate a desordem”, mais voltado para a exploração das ideias higienistas advindas do governo e das camadas mais ricas daquela sociedade; “A medicina decreta: a Mulher é frágil e inferior ao homem”, onde a autora se utiliza de teses médicas e documentos similares para analisar como a ciência observava as mulheres. Nestes trechos, a análise não difere muito do observado nos estudos trazido anteriormente, realizados sob uma perspectiva pós-estruturalista. Porém, conforme já colocado, a autora busca, por meio destas informações, perfazer parte do contexto.

⁴⁸ Como exemplo: MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

aqui, com esses estudos, no sentido de que a dominação ideológica do poder masculino (neste caso, por meio da medicina) sobre o feminino explica muitos dos traços comuns existentes entre as mulheres de diversos segmentos sociais, porém, não é possível dizer que esta dominação se deu e se dá sob uma mesma forma ao serem comparadas as camadas sociais economicamente mais ricas com as mais pobres (isto sem considerar os fatores étnico-raciais). É necessário, assim, atentar-se para o que foi destacado por Scott anteriormente, ao indicar que as diferenças de gênero se organizam em conjunto das diferenças de classe social e de concepções relacionadas a fatores étnico-raciais. Conforme Soihet: “O interesse por estas categorias assinala não apenas o compromisso do historiador com uma história que inclua a fala dos oprimidos, mas também que estes pesquisadores consideram que as desigualdades de poder se organizam, no mínimo, conforme estes três eixos”⁴⁹.

Concordando com Soihet, destaca-se que os fatores étnico-raciais serão utilizados como categorias de análise nesta pesquisa. De modo semelhante à forma adotada para a constituição da classe social *mulheres pobres*, tais fatores serão também buscados, analisados e problematizados de acordo com as fontes consultadas, direcionados pelo problema de pesquisa. Neste ínterim, se considerará a categoria cor, muito empregada no século XIX, que foi utilizada sob diversas formas e interesses para rotular a variedade étnica (e também social) da população brasileira. Tais dados se observarão nos censos demográficos, na produção médico-científica (que por vezes definirá as diferenças étnico-raciais, para além das distinções por cores, como diferenças de “raça”) e na documentação da SCMPA, principalmente nos livros de enfermos e de óbitos.

Cabe ressaltar que estes últimos documentos foram também utilizados para o traçado do perfil social das mulheres de Porto Alegre e da Santa Casa de Misericórdia. Ressalta-se aqui que os termos “cor” e “raça” serão usados por assim constarem nas fontes, de acordo com os seus significados, dentro daquele contexto. Conforme observado pelas fontes, juntamente com bibliografia específica sobre o tema⁵⁰, tais denominações, para bem mais além de estarem relacionadas ao fenótipo das mulheres, também são permeadas por significados que remontam o posicionamento daquelas mulheres no mundo social do qual faziam parte. Em um último plano, tal percepção auxilia a mostrar e identificar as diferenças para além da classe social e do gênero, demonstrando um grupo de mulheres conformado por

⁴⁹ SOIHET, Rachel. História das mulheres. Op. cit. p. 279.

⁵⁰ LIMA, Ivana Stolze. *Cores, marcas e falas: sentidos da mestiçagem no império do Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2003.

diferentes segmentos sociais com experiências sociais distintas, mas que têm em comum a pobreza como companheira cotidiana de vida.

2.2 FONTES DE PESQUISA

Para a exploração do problema desta pesquisa e dos diversos temas que o permeiam, bem como, pela dificuldade em encontrar fontes que tratem especificamente sobre as mulheres (e ainda mais, mulheres pobres)⁵¹ e sobre a medicina que se desenvolvia em Porto Alegre no final do século XIX, foi necessário recorrer a uma gama diversificada de fontes, que por sua vez, exigiram procedimentos distintos de trabalho e análise. Passa-se, assim, para a apresentação das principais utilizadas e sobre como cada uma auxiliou na pesquisa empreendida. No entanto, após, realizar-se-ão algumas considerações específicas relacionadas ao trabalho conduzido sobre os *livros de óbitos e de enfermos* da SCMPA. Fontes estas que exigiram uma análise aprofundada a fim de melhor explorar as informações nelas contidas, principalmente, as que foram tomadas como referência para a análise da mortalidade e morbidade das mulheres observadas por esta pesquisa. Também será realizado exame mais detido sobre os censos demográficos realizados pelo governo brasileiro na segunda metade do século XIX, visto que foi por meio dos dados trazidos por estas fontes que se obteve a única forma possível de se realizar os cálculos necessários para a verificação e comparação dos índices de mortalidade das mulheres e da população porto-alegrense.

- Periódicos médicos

Para o conhecimento da medicina científica que se desenvolvia no Brasil na segunda metade do século XIX foi necessário explorar os periódicos médicos mais conhecidos e respeitados do país, sendo eles a “*Gazeta Médica da Bahia*”⁵² e “*O Brazil-Médico*”⁵³. Essas

⁵¹ De acordo com Michelle Perrot, um dos grandes limitadores para realização de pesquisas que abordem temáticas que privilegiem a análise sobre mulheres (ou grupo de mulheres) de grupos sociais subalternos, se deva à escassez das fontes, visto que é da esfera pública, por muito tempo negada às mulheres, que a maior parte das fontes históricas provém. PERROT, Michelle. *Os excluídos da história: Operários, mulheres e prisioneiros*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

⁵² GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011. A Gazeta Médica da Bahia, criada em 1866, foi na segunda metade do XIX um dos mais importantes periódicos médico-científicos do Brasil, com abrangência na maioria (senão todas) das províncias/estados brasileiros, por meio de assinatura. Editado mensalmente, era coordenado e escrito por, em sua maior parte, médicos da Bahia, sendo vários deles ligados à Faculdade de Medicina da Bahia e ao Hospital de Caridade da Bahia. Também teve, ao menos, um membro da Academia Imperial de Medicina dentro do período privilegiado por essa pesquisa: o Dr. J. Remédios Monteiro. Conforme segue: “Em 1831, foi lançada a primeira publicação

revistas auxiliaram a identificar as principais preocupações e as pesquisas que eram desenvolvidas pela medicina brasileira. De outra maneira, dada a ausência de fontes sobre a medicina que se realizava em Porto Alegre e no Rio Grande do Sul naqueles anos⁵⁴, foi procurado, através daquelas publicações, situar e imaginar, dentro do contexto de ideias hegemônicas daquela ciência, as ações e o pensamento dos médicos que atuavam em Porto Alegre.

Sob outro ponto de vista, observa-se que àquelas revistas estavam ligadas às produções das únicas faculdades de medicina do país, a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Instituições onde se formou a totalidade dos médicos que atuavam na SCMPA, no período abordado por esta pesquisa⁵⁵. Logo, de certa forma, infere-se que aquelas publicações refletiam parte das ideias que foram absorvidas pelos médicos no tempo em que eram estudantes. De outro modo, tais revistas se mostraram importantes por trazerem as principais pesquisas desenvolvidas sobre a medicina da mulher, no Brasil e no mundo, dentro do contexto maior da medicina científica do período, fazendo com que aquela especialidade médica não seja analisada de forma separada do todo contextual que a envolvia. Como síntese, a análise sobre esses periódicos possibilita o exame do conhecimento médico-científico, de suas preocupações e formas de olhar para a sociedade e seus sujeitos, mais especificamente, sobre como medicina científica do período olhava para as mulheres.

A principal metodologia adotada para a análise dessas fontes foi a de realizar a leitura seriada dos periódicos durante longo espaço de tempo, num recorte pouco maior do que o abordado por esta pesquisa: a consulta se deu entre os anos de 1875 e 1900. A pesquisa privilegiou o exame sobre a *Gazeta Médica da Bahia*. Isso devido à importância daquela

médica do Brasil: os *Seminários de Saúde Pública*, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (posteriormente transformada em Academia Imperial de Medicina), os quais deram origem aos *Anais da Academia Nacional de Medicina*, editados até os dias atuais. Mas, a primeira revista médica brasileira, estritamente voltada às publicações científicas, foi a *Gazeta Médica da Bahia* (GMBahia), tendo entre os seus fundadores sete ilustres médicos da cidade da Bahia e o estudante de Medicina Antonio Pacifico Pereira [...] A GMBahia circulou regularmente entre 1866 e 1934, depois entre 1966 e 1972, com um número avulso em 1976. Em 1984, os professores Eurydice Pires de Sant'Anna (Escola de Biblioteconomia) e Rodolfo Teixeira (Faculdade de Medicina da Bahia) organizaram o índice cumulativo da GMBahia de 1866 a 1976, com a citação de todos os 3.870 trabalhos publicados naquele período. Mais recentemente, em 2002, foram digitalizados todos os trabalhos publicados até 1976.

⁵³ O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (anos: 1888, 1892, 1894, 1895): Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

⁵⁴ As teses produzidas pelos médicos que trabalharam na SCMPA não foram localizadas, sendo apenas encontrados os títulos de algumas e o local de formação dos mesmos.

⁵⁵ A Faculdade de Medicina de Porto Alegre foi fundada apenas em 1898, se constituindo como a terceira fundada no país.

revista para a medicina científica brasileira do período, destacando-se a variedade de assuntos e aprofundamento nos temas tratados, e ainda, o fato de se constituir como a primeira revista médica brasileira e ser publicada sem interrupções de 1866 a 1934. *O Brazil-Médico* passaria a existir somente a partir de 1886.

Algumas considerações em torno das características gerais destes periódicos: ao analisá-los de forma seriada e comparada, verificaram-se muitas semelhanças em torno da temática dos artigos publicados. Além disso, muitos dos médicos que contribuíam com publicações para o periódico baiano, também o faziam para a revista carioca. A diferença mais expressiva entre as duas revistas, para além dos anos em que foram editadas, fica por conta da frequência de publicação entre uma e outra: a *Gazeta Médica da Bahia* era publicada mensalmente, enquanto que *O Brazil-Médico* era lançado semanalmente. *O Brazil-Médico* não teve o intuito de contrapor as publicações da *Gazeta Médica da Bahia*, aliás, conforme indicado, notam-se muitas ideias em comum. As raras divergências encontradas pareciam mais vinculadas a opiniões particulares dos autores sobre as temáticas tratadas. Porém, pelas estreitas relações locais entre as revistas e os corpos docentes das faculdades de medicina, por vezes, algumas publicações poderiam ganhar um caráter de reivindicação, de acordo com os interesses de cada uma daquelas instituições e dos seus membros⁵⁶.

Dado interessante sobre as publicações daquelas revistas é o de que, não raras vezes, artigos eram extraídos de revistas médicas importantes da Europa e dos Estados Unidos (não raro, produzidos por médicos brasileiros estabelecidos no exterior), demonstrando de forma nítida que os médicos do Brasil acompanhavam e dialogavam com o que era produzido mundialmente dentro da medicina científica. Outro ponto importante a considerar, tendo em vista o grande número de publicações produzidas por diversos pesquisadores de diversas localidades, é que muitas vezes serão observadas diferentes concepções, definições e formas de tratamento sobre uma mesma doença, trazendo à tona boa parte da complexidade inerente àquele conhecimento.

- Teses médicas

⁵⁶ Como no caso da nota editorial publicada na *Gazeta da Bahia* em dezembro de 1889, que analisava o novo regime e as reformas do ensino. A revista se posiciona contra a centralização do ensino, reivindicando que “sejam as nossas faculdades tratadas com justiça e igualdade”, em alusão à importância e às dificuldades encontradas pela faculdade baiana, periférica, em relação à do Rio de Janeiro, por sua vez, localizada na capital do Império e mais bem provida materialmente. Ironicamente, a *Gazeta* irá contrapor as ideias do diretor e redator do *Brazil-Médico* e de um ilustre ex-colaborador e antigo professor da Faculdade de Medicina da Bahia: o Dr. Pacífico Pereira. Este último, por meio da revista *O Brazil-Médico*, demonstra-se favorável a uma reforma que destine menos recursos à Faculdade da Bahia, por esta ter menos estudantes. Trata-se de um bom texto para entender as peculiaridades das duas Faculdades.

De modo semelhante aos periódicos médicos, as teses médicas foram utilizadas no sentido de trazer a visão médica sobre os temas explorados. Principalmente, sobre como a medicina do período, por meio de alguns médicos formados naquele contexto, observava as mulheres dentro do todo social. De outra maneira, a tese de Júlio Hecker⁵⁷ foi utilizada, diante da ausência de fontes, para a análise das condições de saúde da cidade de Porto Alegre. No entanto, por meio dela também foi buscado o olhar da medicina científica do período.

- Dicionários e guias médicos

Os dicionários e guias de medicina⁵⁸ foram importantes para a análise dos tratamentos e das concepções médicas sobre as mais diversas enfermidades, traumatologias e causas de morte, no decorrer do século XIX. Trata-se de um material muito rico para a compreensão das denominações utilizadas para as doenças, tornando-o ferramenta muito útil para o exame das informações descritas nos periódicos médicos, teses médicas e nos livros de enfermos e de óbitos da SCMPA. Para estas últimas fontes, o uso dos dicionários esteve mais voltado para a elaboração das categorias de doenças.

Entretanto, se tratando da busca do real significado das doenças (não somente dos nomes das doenças), verifica-se que os dicionários, as teses e os periódicos médicos se complementam. Neste sentido, a leitura seriada sobre os periódicos durante um grande recorte temporal é de grande importância, visto que aquelas fontes refletem as mais variadas e diversas ideias médicas sobre as doenças. Não que os dicionários não indiquem o conhecimento médico-científico do período, mas sim, pelo fato de não darem conta da complexidade e do dinamismo que envolvia a produção da ciência da medicina daquele

⁵⁷ HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

⁵⁸ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *A grande farmacopéia brasileira - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1996. v. 1 (Reconquista do Brasil 2ª série). Idem. *Formulario e guia medico*. 1. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1892. Idem. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 1 e 2 v. LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872. PLATEN, M. *O novo methodo de curar: Manual de hygiene (Terceira parte: as moléstias e seu tratamento)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1903. 3 v. Conforme observado no texto de Luiz Otávio Ferreira, o primeiro dicionário Chernoviz (1841) surgiu como parte do esforço realizado pelos médicos para a popularização da medicina: “A aceitação entusiasmada do dicionário popular foi, portanto, uma manifestação da ideologia médica da época, marcada profundamente pela ideia de profissionalização”. Com base nas ideias de Ferreira, é possível pensar que, desse modo, se tentou a profissionalização por meio da popularização, assim como, se viu na popularização uma forma de legitimação do conhecimento médico científico. Ao mesmo tempo, servia para demonstrar uma forma uniforme, sem muitas diferenças de ideias e teorias, o conhecimento médico do período. FERREIRA, Luiz Otávio. *Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos*. In: Chalhoub, Sidney; Marques, Vera Regina Beltrão; Sampaio, Gabriela dos Reis; Galvão Sobrinho, Carlos Roberto. *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Unicamp Campinas, 2003. p. 117.

tempo⁵⁹, que por sua vez, se desenvolvia sob uma série de discussões e embates diários. Um dicionário médico, como o escrito por Napoleão Chernoviz, é capaz de trazer a definição de *miasmas* logo após a de *micróbios*, pela ordem alfabética, sem ao menos questionar como se dava a interação das duas teorias na prática⁶⁰, coisa somente possível de se verificar a partir da análise de outras produções científicas daquele conhecimento naquele dado contexto. Em resumo, a análise das enfermidades conduzida unicamente por meio dos verbetes dos dicionários empobrece grande parte da complexidade histórica da medicina e do seu modo (múltiplo e às vezes diverso) de ver as doenças.

Realizadas essas considerações, questiona-se aqui um quase *paradigma* estabelecido na produção de determinados estudos dentro da história da saúde e das doenças: que para o conhecimento sobre as mesmas (e para a definição das categorias de doenças para análise), utilizam quase que somente dicionários médicos do período⁶¹, às vezes somente um, e ainda, sem contextualizar a organização e o conteúdo das informações constantes nos mesmos. Dessa maneira, mais importante do que atender para o significado puro e simples das doenças (tão necessário para o estabelecimento de categorias de análise sobre as doenças e causas de morte), é considerar a complexidade daquele conhecimento, não pronto, não estanque e altamente dinâmico. Em resumo, a observação das doenças por meio das diferentes fontes disponíveis, ilumina as diferenças de ideias, procedimentos e tratamentos sobre as doenças, existentes dentro da medicina institucional no Brasil e no mundo, demonstrando, em uma última instância, a complexidade inerente daquela esfera do conhecimento, em um momento de intensas pesquisas, experimentos e debates entre os médicos. De outra forma, com base nessas considerações, tende-se a reavaliar o papel dos dicionários médicos no período e o seu uso isolado em pesquisas atuais sobre conhecimento médico, saúde e doenças.

- Fontes governamentais

Foram, em maior parte, consultadas a fim de complementar as informações trabalhadas (principalmente os dados demográficos) e/ou de compreender parte do contexto maior em que se desenrolaram os processos explorados. Entretanto, uma delas teve papel fundamental para a pesquisa e se constitui como a principal fonte (produzida pelo governo) utilizada: os censos populacionais realizados no decorrer da segunda metade do século XIX.

⁵⁹ Visto que os dicionários existentes naquele período, possivelmente, eram permeados por visão (sobre as doenças) muito particular do médico que os produziu.

⁶⁰ Sobre esta relação, ver: CHAVES, Cleide de Lima. “Pesquisadores de uma verdade experimental ainda não comprovada”: a ciência médica na Convenção Sanitária Internacional de 1887 entre Brasil, Uruguai e Argentina. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 122-136, jul | dez 2008.

⁶¹ Para além dos trabalhos conhecidos dentro do campo (pesquisas atuais ou estudos clássicos do tema).

Porém, conforme será visto, tratam-se de fontes extremamente frágeis quando tomadas como dados representativos da realidade populacional do Brasil naqueles anos e, por isso, necessitam de uma exploração mais detida a fim de detectar até que ponto aquelas informações podem ser analisadas como reflexos verdadeiros da população brasileira.

Além disso, os censos demográficos daquele período disponibilizados aos pesquisadores⁶² apresentam apenas os dados mais gerais e brutos, não trazendo índices de crescimento populacional, mortalidade, entre outros, que se fazem importantes para a pesquisa aqui realizada (principalmente para a análise da mortalidade de Porto Alegre em comparação a outras cidades). Estes, normalmente (ainda hoje), são realizados após a publicação dos censos. Desse modo, buscando algumas dessas informações, foram examinados outros documentos. Esses, por sua vez, trazem alguns dos cálculos que foram realizados, pelo próprio governo, sobre os censos demográficos oficiais. São esses documentos: o “*Anuário estatístico do Brasil de 1936*”⁶³, que traz, por meio de compilação realizada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE, diversos cálculos mais específicos sobre os censos do século XIX, disponibilizado em planilhas avulsas, por assunto (número de nascimentos, índices de mortalidade, de casamentos etc.); o “*Relatório D.E.S.*” elaborado em 1940⁶⁴, que apresenta, de 1895 até 1940, os índices da mortalidade populacional de Porto Alegre; os “*Relatórios do Ministério do Império*”⁶⁵ e da “*Secretaria de Estado de Estado dos Negócios do Interior e Exterior*”⁶⁶ (pós-República), em que constam apontamentos realizados sobre a mortalidade, nascimentos e saúde de um modo geral (dados sobre os hospitais, vacinações etc.) para Porto Alegre, dentro do recorte temporal examinado.

- Documentação produzida pela SCMPA

De acordo com o problema analisado, a documentação da Santa Casa se mostra como a mais importante e imprescindível para esta pesquisa, visto que os livros de enfermos e de óbitos se constituem como fontes quase que únicas para a análise das condições de saúde (por meio da mortalidade e morbidade) da população porto-alegrense. Os livros de enfermos

⁶² CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. de 2010. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981.

⁶³ ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v.2, 1936. Disponível na forma de planilhas em [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em abr. de 2011.

⁶⁴ Relatório D.E.S. 1940. (de 1896 a 1900). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁶⁵ RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

⁶⁶ SIE 3001, 3002 e 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1896). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatórios da Inspetoria/Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

serviram para registrar todas as pessoas que foram regularmente internadas no hospital da Santa Casa, constando diversas informações sobre as mesmas⁶⁷. Conseqüentemente, constituem-se como documentos que auxiliam a perceber quem eram as pessoas que procuravam o hospital, quais eram as suas doenças, o tempo de internação, entre outras informações, mais voltadas aos aspectos sociais de vida dos enfermos. Para a análise do perfil social das enfermas daquele hospital foram particularmente úteis as informações sobre a classe de internação e da “cor” das mulheres.

Os livros de óbitos⁶⁸ contêm diversas informações sobre as pessoas que foram enterradas no cemitério da SCMPA desde 1850, único local onde os enterramentos poderiam ser realizados em Porto Alegre, de acordo com a legislação em voga, durante a segunda metade do século XIX. Desde aquele ano, era a Santa Casa a Instituição responsável pela administração do cemitério municipal e, ainda, pelo registro de todos os trâmites relacionados aos enterramentos. A partir de pesquisa realizada sobre como se dava a conformação das informações constantes nos livros, percebeu-se que muitos dos dados lá registrados provinham de outros documentos, não produzidos pela Santa Casa, previstos em legislação específica que definia os trâmites relacionados aos registros dos óbitos⁶⁹. Entre essas

⁶⁷ LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 E 6, 1883 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. As informações que constam no registro de entrada de cada paciente são: “número” (número de entrada), “entradas” (data de entrada), “nomes”, “idade”, “naturalidade”, “cores”, “filiações”, “profissões”, “estado” (estado civil), “enfermidades”, “classes” (de internação), “saídas” (data de saída) e “observações” (onde está registrado o estado de saúde do paciente no momento de saída do hospital, entre outras diversas informações).

⁶⁸ LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 18 (1880 – 1895). As informações que constam nos livros de óbitos são: “Número” (número de registro); “épocas dos sepultamentos” (data de entrada no cemitério, em dia, mês e ano); “nomes”; “idades”; “naturalidades”; “cores”; “estados” (estado civil); “profissões”; “causa da morte”; “conduções” (até o cemitério); “onde foram enterrados”, constando aí os subitens “número das catacumbas” divididas em 1ª, 2ª, 3ª ordem e “jazigos de gradimento”, “sepulturas de entre muros” e “sepulturas do campo santo”; e por último, o campo “observações”, constando em alguns casos o local de falecimento (Santa Casa de Misericórdia ou cadeia, como exemplo) ou outras informações.

⁶⁹ Seriam os trâmites burocráticos, por meio de etapas, para que fosse realizado o enterramento no Cemitério da SCMPA: A etapa inicial se constitui na primeira constatação oficial do óbito, materializada pela confecção do atestado do mesmo, elaborado por um médico, cirurgião ou de duas pessoas qualificadas, que tenham presenciado ou verificado o óbito. A segunda etapa se constitui do arrolamento das principais informações sobre o defunto ao Escrivão de Paz, realizada na maioria dos casos pelas pessoas que faziam parte da vida privada do morto, mediante apresentação do atestado médico de óbito. A partir desses procedimentos, seria lavrado o assento de óbito. Na falta de pessoa para a comunicação do óbito, a identificação do cadáver poderia ser dada por duas testemunhas que tenham assistido ao falecimento ou ao enterro (demonstrando que em certos casos as etapas, na seqüência aqui demonstrada, não eram respeitadas), ou ainda, que a pudessem atestar por informações de conhecimento próprio ou de terceiros. Expedida a certidão do Escrivão de Paz mediante o preenchimento do assento de óbito, esta documentação seria encaminhada para a secretaria da SCMPA, para fins do preenchimento e expedição da guia de sepultamento, sendo a formalização deste documento o último dos passos burocráticos para o descanso final do morto (ao menos por três anos). Ver: DECRETO N. 9886 - DE 7 DE MARÇO DE 1888, disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. LEI N.º 586 - DE 6 DE SETEMBRO DE 1850. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. LEI N. 1829 - DE 9 DE SETEMBRO DE 1870. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE.

informações, destacam-se: a cor do indivíduo, que provavelmente era registrada pelo médico que atestou o óbito; a definição se o morto era pobre ou não, por meio do atestado de pobreza, que anexado ao atestado de óbito possibilitaria enterramento gratuito em local específico do cemitério, conhecido como Campo Santo (esta informação seria arrolada no item do livro “onde foram enterrados”).

Nesse sentido, é importante trazer que o cemitério era dividido em sepulturas “entremuros” (onde se localizavam as sepulturas arrendadas ou perpétuas, bem como as destinadas às Irmandades) e sepulturas do “Campo Santo”. Ambas as repartições faziam parte do Cemitério administrado pela Santa Casa. Para esta pesquisa, que se ocupa das mulheres pobres da cidade, essa é uma informação de grande valia, visto que a condição de pobreza não é trazida diretamente nas fontes (tanto nos livros de óbitos quanto nos de registro dos enfermos entrados no hospital). No caso do cemitério, o local do sepultamento é um indicador em potencial daquela condição.

Os *Relatórios*⁷⁰ da provedoria da SCMPA também foram essenciais para a pesquisa. Eram produzidos anualmente ou bianualmente pelo provedor, com a finalidade de descrever as principais decisões administrativas tomadas pela Santa Casa⁷¹. É uma documentação que traz informações, em tópicos, sobre as diversas esferas de atuação da Instituição na sociedade porto-alegrense, bem como, da sua constituição administrativa (os cargos e as pessoas que os ocupavam). Em relação aos tópicos contidos nos relatórios, estes seguiram um padrão, dentro do período privilegiado por essa pesquisa⁷². Por meio destes documentos foi possível realizar o levantamento das enfermarias existentes no hospital, dos instrumentos lá utilizados, dos cargos da Santa Casa e do seu hospital e das pessoas que os ocuparam (inclusive dos médicos que lá trabalharam), bem como, dos processos que lá se desenvolviam, entre várias outras informações.

Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁷⁰ RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁷¹ Esta seria uma atribuição do Irmão Provedor. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁷² Eis alguns dos tópicos contidos nos relatórios (por vezes, alguns tópicos poderiam ser acrescentados ou suprimidos, porém, os relatórios seguiram um padrão, dentro do período analisado): breve fala inicial sobre o ano; “Administração superior”; “Hospital”, incluindo informações sobre o “Corpo médico” e “Enfermarias”; “Cemitério”; “Capela”, “Expostos”; “Botica”; “Prédios (posses imobiliárias da SCMPA); “Patrimônio”; “Finanças”; “Subvenção da Província/Estado”; “Legados” (doações de Irmãos) e “Anexos”, constando quadros expositivos sobre o funcionamento do hospital (movimento do hospital; relação dos novos Irmãos, aquisições do hospital, relação dos alimentos comprados etc.).

Essa fonte proporcionou subsídios importantes para a análise da medicina da mulher na Santa Casa. Para tanto, foi realizada a leitura seriada de relatórios entre os anos de 1880 e 1900. Entretanto, para não se ter uma noção isolada dos processos que ocorriam nos anos recortados por esta pesquisa, em períodos anteriores e posteriores, a leitura foi realizada de forma direcionada, de acordo com a necessidade⁷³. Importante mencionar que, dentro das duas últimas décadas do século XIX ocorre uma lacuna na documentação: não existem os relatórios referentes aos anos entre 1885 e 1887. Não é sabido se estes foram perdidos ou se nunca existiram. Nesse sentido, procurando superar essa lacuna, ganharam em importância os *Livros atas da provedoria*⁷⁴. Pode se dizer que os *Relatórios* trazem, de forma resumida, muitas das informações dos assuntos discutidos nas reuniões da Mesa, porém, não todas (em sentido inverso, os relatórios trazem informações não encontradas nas atas). A maior contribuição dos *Livros atas* foi a de trazer informações com detalhes, indicando diversas opiniões dos membros da Santa Casa em relação aos processos que lá se desenvolviam.

Outras fontes que também tiveram papel importante para esta pesquisa foram: o *Compromisso da SCMPA*⁷⁵ e o *Regulamento do Cemitério*⁷⁶. Estes documentos possibilitaram uma visão contextual da Santa Casa e do seu papel (por meio da sua natureza constitutiva e dos serviços prestados) na sociedade porto-alegrense. O Compromisso traz informações específicas sobre a Missão da Santa Casa, sua organização administrativa e trabalhos por ela desempenhados. Possibilita, assim, o exame sobre como a Irmandade era organizada e como procedia na realização dos serviços prestados. Mais ainda: traz a sua composição por cargos e hierarquias, demonstrando até que ponto um membro da Irmandade, ocupando alguma das posições existentes, poderia interferir nos processos e serviços desenvolvidos. O *Regulamento* trata mais especificamente dos serviços competentes à administração do Cemitério da SCMPA. Por meio da análise detida sobre este documento, foi possível entender como se desenvolviam os trâmites de enterramento dos corpos, bem como, os significados de muitas das informações constantes nos livros de óbitos. Importante também ressaltar que estes documentos eram aprovados por lei provincial, indicando que o papel da Santa Casa na

⁷³ Quando necessário recorrer à análise do passado da Instituição em relação ao recorte estabelecido por esta pesquisa, bem como, do futuro, a fim de verificar no que desencadeariam os processos examinados por esta pesquisa.

⁷⁴ LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁷⁵ COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit.

⁷⁶ REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Op. cit.

sociedade local, por meio dos serviços prestados, era de interesse para o governo, visto que o mesmo destinava subvenções monetárias à Irmandade⁷⁷.

2.3 METODOLOGIA PARA USO DAS FONTES

2.3.1 Aportes para a pesquisa da mortalidade e morbidade: elaboração de categorias

O gradativo aprofundamento na pesquisa sobre mortalidade e morbidade populacional de Porto Alegre no final do século XIX, realizado por meio do conhecimento da bibliografia existente sobre a temática e da documentação utilizada, despertou a atenção para dois pontos importantes de análise, que devem ser considerados antes do exame, propriamente dito, dos dados levantados: 1 - a necessidade do estabelecimento de categorias inteligíveis para a análise das doenças e das causas de morte que incidiam sobre aquela população. 2 - a percepção da conexão que se estabelece de forma intrínseca entre a mortalidade e morbidade com os demais dados demográficos (censos demográficos) da população estudada.

Voltando o olhar para o ponto 1, dentro dos últimos anos está ressurgindo, de maneira renovada e com forte fôlego, uma forma de abordagem de análise e de utilização de certos tipos de fontes dentro da história da saúde, advinda, principalmente, da exploração de novas temáticas dentro dos estudos sobre escravidão. Esta perspectiva procura focar a temática da saúde e das doenças dentro da população escravizada. Traz assim, aspectos sobre a escravidão até então muito pouco abordados na historiografia, tal como o papel exercido pelas religiões e crenças africanas na busca pela cura, dentro e fora da população escrava e ex-escrava, ou ainda, de outra forma, explora as condições de saúde no cativeiro e nas atividades realizadas pelos escravos. Surgidas como análises pontuais inseridas em trabalhos que não tinham este enfoque como principal, estas passaram a se transformar, ao longo do tempo, em grandes projetos de pesquisas, coordenados por pesquisadores e instituições com larga experiência nas temáticas de escravidão e/ou saúde⁷⁸.

⁷⁷ Destinadas à criação dos expostos, administração do cemitério e ao tratamento hospitalar de militares.

⁷⁸ Vide: *O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: instituições, doenças e práticas terapêuticas e A saúde dos escravos: doenças, discursos e práticas terapêuticas* – Guia temático de fontes e de bibliografia - Casa de Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro). PORTO, Ângela. Fontes documentais do arquivo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para a história do tratamento de escravos na segunda metade do século XIX. Anais do 3º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional. UFSC, 2007. Disponível em

Neste contexto, destaca-se a pesquisa realizada por Mary Karasch em seu doutorado (1972), transformada no livro “*Slave Life in Rio de Janeiro, 1808-1850*”⁷⁹. A importância maior do trabalho de Karasch para essa pesquisa se dá pela forma com que utilizou a documentação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (principalmente os livros de óbitos e de internação). A autora, por meio da exploração sobre aquelas fontes, elaborou metodologias de análise e formas de classificação dos dados encontrados que possibilitam extrair um grande potencial de informações direcionado para a apreensão da realidade social dos sujeitos analisados (no caso de Karasch, detida nos escravos). Uma destas classificações, muito útil para qualquer pesquisa sobre mortalidade e morbidade no século XIX, é a das doenças encontradas nos registros da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Cabe aqui destacar alguns dos problemas encontrados no modo de como lidar com estas fontes na tentativa de sistematização das informações, existentes tanto nos *Livros de matrícula geral de enfermos*, como dos *Livros de óbitos* da SCMPA. Normalmente, os dados registrados nestes livros não seguem um padrão específico. A título de exemplo, a descrição dos nomes das pessoas, da naturalidade etc⁸⁰. Deste modo, torna-se necessário ao pesquisador o estabelecimento de certas padronizações na transcrição das informações, para a realização de um banco de dados. Mesmo com estes recursos disponíveis, é preciso admitir determinadas lacunas na documentação, sem que se possa nada fazer para sanear o problema, tal como os parcos e esparsos registros das profissões nos livros de óbitos⁸¹.

Outro grande problema, neste sentido, é o da variedade das enfermidades descritas nas fontes, sendo a mesma enfermidade, por vezes, registrada sob diversas denominações. Seguindo os passos dos pesquisadores mais experientes que já trabalharam com este tipo de

<<http://www.labhstc.ufsc.br/programa2007.htm>> PORTO, Ângela. Fontes para a História da Saúde dos escravos no Brasil. Anais do 4º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional. Curitiba, 2009. Disponível em <<http://www.labhstc.ufsc.br/ivencontro/pdfs/comunicacoes/AngelaPorto.pdf>> **Registros da Morte... Registros da Vida – A informatização dos registros de sepultamentos realizados no município de São Paulo no período de 1858 a 1940** – Programa de Pós-graduação em História da PUC/SP e Arquivo Histórico Municipal de São Paulo. CAMARGO, Luís Soares de. *Viver e morrer em São Paulo. A vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX*. 2007. 552 f. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [2007]. p. 16-17. **Curadores de Feitiços, Adivinhações, Mandingas: Saúde e Doença na formação social escravista meridional (Porto Alegre / século XIX)** – Unisinos: projeto conduzido pelo Prof. Dr. Paulo Roberto Staudt Moreira. Fonte: Currículo Lattes do pesquisador (Paulo Roberto Staudt Moreira). Disponível em <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4771748U8>, acesso em 19 dez. 2010.

⁷⁹ KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

⁸⁰ Por vezes, é possível identificar que as variações das denominações utilizadas ocorrem juntamente com alguma diferença na forma da grafia utilizada, indicando assim que a troca do escrevente definiria a utilização de determinadas denominações nos registros, bem como, o preenchimento, ou não, de outras informações (tal como pode ser observado nos Livros de matrícula geral dos enfermos N.º 5 e N.º 6).

⁸¹ Conforme observado em vários trechos dos documentos analisados.

documentação, tornam-se indispensável o uso de determinadas fontes que auxiliam a compreender o que significavam, naquele período e contexto, as causas de morte (mais especificamente as doenças) encontradas nos livros de óbitos e de entrada no hospital da SCMPA. Desse modo, a compreensão do significado das causas de morte e doenças foi buscada, de forma conjunta, junto aos dicionários médicos, periódicos científicos e teses médicas (estes últimos, para um conhecimento mais aprofundado sobre as patologias), principalmente por trazerem a visão científica da medicina sobre as doenças⁸², dentro da complexidade daquele conhecimento no período. A preocupação em considerar esta ampla gama de fontes resultará, num último plano, em uma análise e num entendimento mais denso sobre os indicadores que serão obtidos por meio da sistematização previamente elaborada. Mas é claro que, para além da consulta sobre as fontes primárias do período, também foram consideradas pesquisas atuais, historiográficas, sobre o assunto⁸³.

No sentido de trabalhar com estas informações, o livro de Mary Karasch⁸⁴ se mostra como uma necessária fonte metodológica, visto que a autora, em um trabalho metódico e complexo, realizou uma vasta lista de classificações de doenças⁸⁵, que possibilita uma sistematização útil e facilitadora para a análise da mortalidade, ou ainda, do quadro de morbidade de determinada população. Neste ponto, ganha em importância para a análise a metodologia de pesquisa utilizada por estudos atuais específicos sobre morbidade e mortalidade, que desenvolvem cada vez mais técnicas e sistematizações úteis para a produção de tal conhecimento. Porém, torna-se necessário frisar que estes trabalhos mais recentes em torno do tema deverão ser utilizados em conjunto com pesquisas de história, e ainda, de forma interligada ao desenvolvimento do conhecimento histórico, procurando assim, resgatar o máximo possível das complexidades que envolviam o contexto social e cultural explorado. Do

⁸² No que se refere às diversas formas de se observar as doenças, é importante mencionar que há uma ampla e densa discussão teórica a esse respeito. Discussão essa, principalmente advinda dos estudos antropológicos. Basicamente e resumidamente, são destacados três pontos de vista ou formas de olhar para as doenças. Assim, são apresentadas as ideias de Arthur Kleinman, compartilhadas por Ronald Frankenberg. Para estes autores, as três perspectivas serão chamadas de *disease*, *illness* e *sickness*⁸²: - *Disease*: é a perspectiva do médico sobre a patologia; - *Illness*: é a perspectiva do enfermo, ou das pessoas próximas a ele, sobre a doença.; - *Sickness*: perspectiva social da doença, sendo o entendimento mais contextual sobre a mesma, ligada aos fatores sociais, culturais, econômicos e políticos em que o sujeito adentado está inserido. Ver: FRANKENBERG, R.. *Your Time or Mine: temporal Contradictions of Biomedical Practice*. FRANKENBERG, R. *Time, health & Medicine*. Londres, Sage Publications Ltd, 1992. KLEINMAN, A. *The Illness Narrative. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books. 1988.

⁸³ Para observar de forma mais detalhada a importância do aprofundamento sobre o conhecimento das doenças dentro do contexto específico, para fins de análise das denominações das enfermidades encontradas nas fontes, é muito interessante o estudo de Beatriz Weber, ao analisar os motivos da separação entre febre tifóide e tifo, na metade do século XIX: Beatriz Weber, em: WEBER, Beatriz. Algumas considerações sobre história, saúde e homeopatia. Revista História UNISINOS. São Leopoldo: UNISINOS, v.10, n.1, Jan./abr. 2006.

⁸⁴ KARASCH, Mary C. Op. cit.

⁸⁵ Ibid. Apêndice B, p. 497.

que adiantaria utilizar uma *Classificação Internacional das Doenças (CID)* atual (constituída de grande complexidade etiológica), no século XIX? Lembrando, ainda, que foi somente no final do século XIX que os primeiros agentes etiológicos das doenças existentes estavam sendo descobertos. Assim, nos estudos históricos, até mesmo quando referente às doenças, a análise deve ser realizada em seu contexto específico, local e temporal.

Neste sentido, a pesquisa realizada por Mary Karasch, ao aliar o conhecimento histórico à metodologia dos estudos atuais sobre morbidade e mortalidade, é exemplar. Visto que, mesmo com o aparente subsídio buscado junto aos estudos de morbidade e mortalidade para fins da sistemática utilizada em torno da elaboração de sua lista de classificações das doenças, a autora não deixou de manter o foco na análise histórica, contextual e coerente com os dados que tinha em mãos. E deste modo, passadas décadas da realização de seu trabalho, é ainda hoje a forma de classificação das doenças/causas de morte mais profícua e utilizada, para análise, dentro dos estudos históricos no final do século XIX.

Visto isso, a classificação das doenças/causas de morte é uma preocupação que vem de séculos nas sociedades humanas e sua origem está intrinsecamente ligada às nosografias. Conforme Ruy Laurenti⁸⁶, as nosografias nada mais são que tentativas de, por meio de um catálogo de termos, chegar à definição do que descreve o padecimento do doente, isto é, o diagnóstico. E é deste modo, com a mesma finalidade, em diferentes graus, que diversas sociedades de diferentes épocas, produziram nomenclaturas para as doenças ou males que às afligiam⁸⁷. Desta forma, a partir de uma nomenclatura pré-estabelecida para as doenças, se é possível iniciar e estabelecer a nosologia das mesmas. Isto é, o agrupamento das doenças segundo características comuns, servindo “para finalidades estatísticas de análises quanto à distribuição das doenças na população”⁸⁸. Ou seja, trata-se de uma forma de classificar as doenças por grupos, e mais, das pessoas afetadas pelas mesmas. Nosologia e nosografia, assim, possuem funções distintas, porém não antagônicas, mas complementares, visto que, uma boa nosologia dependerá de uma boa nosografia.

Conforme Laurenti, atribuí-se ao inglês John Graunt o primeiro estudo estatístico de doenças, de 1662, intitulado “*Natural and political observation made upon the bills of*

⁸⁶ LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (6): 407-17, 1991. p. 407.

⁸⁷ Conforme Laurenti, o conceito de entidade mórbida específica surge nos textos médicos primitivos hindus, assírios e egípcios, entre eles o Papiro Ginecológico de Kahun (1900 a.C.), o Papiro de Ebers (1500 a.C.), o Papiro de Edwin Smith (1600 a.C.), entre outros. Ver: LAURENTI, Ruy. Op. cit. p. 408.

⁸⁸ A primeira classificação de doenças e lesões até então conhecida, encontra-se no texto hindu conhecido como Sushruta Samhita (600 d.C.). Ibid. p. 408.

mortality”, tendo, mais necessariamente, o enfoque na causa da morte. Porém, Laurenti adverte que “não se tratava realmente de uma classificação, mas muito mais de uma nosografia, isto é, uma listagem de doenças ou sintomas sem nenhum agrupamento formalizado”⁸⁹. Desde Graunt, até a considerada primeira CID – *Classificação Internacional de Doenças* -, de 1894 (elaborada por Jacques Bertillon), houve diversas outras formas de classificação de doenças. Porém, cabe salientar que os primeiros passos em torno da criação de uma classificação internacional de doenças se deram pela necessidade verificada em determinados países de se comparar as causas de morte entre os demais. Neste sentido, entre as diversas propostas de classificação já realizadas, torna-se importante a realizada por Willian Farr, que “acentuou que as doenças poderiam ser classificadas de diferentes maneiras visando servir a propósitos estatísticos e quanto à finalidade de estudar causas de morte”⁹⁰, sendo influenciado por Lineu⁹¹, pelas suas classificações hierarquizadas, botânica e zoológica: “Farr propôs uma classificação [...] que se reconhece como a base estrutural da atual classificação internacional das doenças”⁹².

Também com o propósito de analisar as causas de morte, Jacques Bertillon elaborou a sua classificação, também conhecida como “*Classificação das Causas de Morte de Bertillon*”, adotada a partir de 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística, tornando-se a primeira CID estabelecida. Porém, mesmo sendo considerada a primeira CID, esta era, na realidade, a primeira classificação internacional de causas de morte. Seus 14 capítulos (classificações), ordenados por índices numéricos romanos – tradição seguida até os dias atuais -, são assim nomeados⁹³:

I – Doenças Gerais

II – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido

III – Doenças do Aparelho Circulatório

IV – Doenças do Aparelho Respiratório

V – Doenças do Aparelho Digestivo

⁸⁹ Vide listagem de Graunt na página 409 do texto de Laurenti. Ibid. p. 408.

⁹⁰ Ibid. p. 410.

⁹¹ Carolus Linnaeus (Suécia: 1707-1778): zoólogo, médico e botânico.

⁹² Tal classificação é dividida entre cinco classes: *1 – Doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas; 2 – Doenças constitucionais; 3 – Doenças localizadas; 4 – Doenças do desenvolvimento; 5 – Doenças ou mortes violentas*⁹². Estas classes são, ainda, divididas em ordens. As oito ordens (por localização anatômica) que constituem a classe 3 tornaram-se a matriz para a atual classificação internacional, sendo elas: *1 – Doenças do Sistema nervoso; 2 - Doenças da Circulação; 3 - Doenças da respiração; 4 – Doenças da Digestão; 5 - Doenças do Sistema Urinário; 6 - Doenças da Reprodução; 7 – Doenças da Locomoção; 8 – Doenças do Sistema Inter-tegumentário*. LAURENTI, Ruy. Op. cit. p. 410.

⁹³ Id.

VI – *Doenças do Aparelho Geniturinário e de seus respectivos anexos*

VII – *Estado Puerperal*

VIII – *Doenças da Pele e do Tecido Celular*

IX – *Doenças dos Órgãos de Locomoção*

X – *Vícios de Conformação*

XI – *Primeira Idade*

XII – *Velhice*

XIII – *Afecções Produzidas por Causas Externas*

XIV – *Doenças Mal Definidas*

Mas, o uso de determinadas terminologias requer algumas breves considerações: o termo *afecções*, ainda hoje utilizado, mas com o significado amplo de *doença, diagnóstico, patologia* e/ou *lesão*, representava para Bertillon um sentido diferenciado de doença, referindo-se assim à *lesão* e/ou *consequência*, ou seja, problemas não causados por doenças. Outra inovação de Bertillon foi o uso da denominação do *Capítulo XIV – Doenças Mal Definidas*, que é utilizada ainda na atualidade. Porém, o *XII Capítulo*, após algumas revisões da mesma *Classificação*, passou a ser denominada como *Senilidade*⁹⁴. Tal *Classificação* foi revisada em 1900, 1909 e 1920 (ambas as revisões realizadas por Jacques Bertillon), de acordo com a proposta de 1893 que previa revisões periódicas. Nas Américas, foi utilizada pela primeira vez em 1898 no México, expandindo-se para o Canadá e para os Estados Unidos da América. No Brasil não se sabe ao certo quando o seu uso foi adotado, mas, o Estado de São Paulo, para fins de elaboração de estatísticas de mortalidade, já a adotava na primeira década do século XX.

A partir da Sexta Revisão (1948), tanto a responsabilidade de revisão quanto a de publicação e divulgação passaram a ser da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal revisão proporcionou um grande impacto para os estudos sobre saúde⁹⁵. Com a *Sexta Revisão*, ocorre a metamorfose de uma *Classificação de Causas de Morte de Bertillon*, para tornar-se uma *Classificação de doenças, lesões e de causas de morte da OMS*. Em outras palavras, deixa de ser uma forma de classificação utilizada para analisar unicamente as causas de morte, sem incluir as doenças não mortais, passando também a ser usada nos estudos/registros de

⁹⁴ Id.

⁹⁵ Conforme trazido por Laurenti: “Além de aprovar uma longa lista para mortalidade e morbidade e estabelecer regras internacionais para seleção da causa básica de morte, recomendou a adoção de amplo programa de colaboração internacional no campo da estatística vital e sanitária, inclusive a criação de comissões nacionais especializadas que se encarregassem de coordenar o trabalho de estatística no país e de servir de enlace entre os serviços de estatísticas nacionais e a Organização Mundial de Saúde”. LAST, J. M. *Dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1983. *apud* LAURENTI, Ruy. Op. cit. p. 412.

morbidade. Conforme os especialistas das ditas *Classificações*, poder-se-ia ter optado pela separação, criando assim, uma para a mortalidade, e outra para a morbidade. De acordo com aqueles especialistas, esta opção evitaria uma série de problemas ocasionados pela classificação conjunta. Conforme Laurenti, as últimas revisões, principalmente a nona e a décima, são muito mais úteis para a morbidade e de difícil uso para a mortalidade, devido à imensa gama de especificações existentes⁹⁶.

A importância de tal exposição se deve ao fato de que qualquer estudo (seja no campo da História ou de qualquer outra ciência) que pretenda analisar a morbidade e mortalidade de determinada população deverá, de alguma forma, servir-se de alguma forma/método de classificação das doenças e causas de morte. Diante disso, torna-se importante a observação, antes do emprego prático de qualquer uma das formas (ainda em uso ou que já deixaram de ser utilizadas), sobre como estes sistemas surgiram, modificaram-se e se constituíram na conhecida e necessária (principalmente no âmbito da medicina) *Classificação Internacional das Doenças*⁹⁷. Deste modo, com o conhecimento historicizado de tais sistemas de classificação, torna-se possível avaliar quais (ou qual) deles, e de que forma, poderão ser incorporados nesta pesquisa, tornando-se, por sua vez, ferramentas úteis para o cumprimento dos objetivos propostos.

Neste estudo está sendo utilizado como parâmetro metodológico o sistema classificatório das causas de doenças e de morte pensado por Mary Karasch, visto que a autora, para fins de análise, de acordo com as fontes pesquisadas, necessitou de uma classificação que abarcasse tanto as doenças como as causas de morte, conformando assim, uma situação semelhante à encontrada nesta pesquisa. Logo, diante do conhecimento do processo de construção dos ditos *sistemas classificatórios*, torna-se compreensível que para Karasch foi necessário formular um sistema muito próximo (e com certeza inspirado) do pensado por Jacques Bertillon, para que pudesse realizar um exame potencializado das informações (descrição das doenças [nosografia] e causas de morte) que tinha em mãos, e ainda, de acordo com o contexto do período. Deste modo, torna-se perceptível que as especificidades das fontes da SCMPA, como aspectos importantes do período, local e contexto estudados, devem ser levadas em consideração, constituindo-se como componentes

⁹⁶ LAURENTI, Ruy. Op. cit. p. 413. Ver Anexo 4, deste texto.

⁹⁷ Onde cada doença é representada por um código. Tal código, além de ter importância classificatória, é também utilizado em receitas/atestados médicos, evitando assim a necessidade de descrição de uma doença, que por ventura, possa desencadear processos discriminatórios para o enfermo.

fundamentais para a escolha da metodologia classificatória a ser usada. Segue, abaixo, o sistema classificatório utilizado por Karasch⁹⁸:

I - Doenças Infecto-parasíticas

II - Sistema digestivo

III - Sistema respiratório

IV - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos

V - Primeira infância e malformações congênitas

VI - Morte violenta e acidental

VII - Sistema circulatório

VIII - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina

IX - Gravidez, parto e puerpério

X - Sistema geniturinário

XI - Causas conhecidas (variadas)

XII – Causas de morte mal definidas

XIII – Causas desconhecidas

Conforme pode ser observado, a lista de Karasch é formada por 13 grupos de classificações, enquanto que a primeira versão da relação de Bertillon conta com 14 grupos. É possível encontrar, facilmente, semelhanças entre as referidas denominações, utilizadas para 11 dos grupos relacionados.

Visto isso, importante mencionar que os grupos de categorização de doenças que nesta pesquisa serão utilizados nada mais são do que ferramentas de sistematização de informações para uma melhor percepção sobre as condições de saúde e de mortalidade de pessoas que viveram na cidade de Porto Alegre no final do século XIX. Consequentemente, as categorias tomadas, criadas e utilizadas por essa pesquisa procuram, unicamente, dar inteligibilidade analítica para informações coletadas em fontes produzidas em um passado distante, de forma que a análise não se perca em um contexto atemporal e fora de local, de acordo com o que se pretende examinar. Desse modo, nessa pesquisa, foi tomado como base o sistema adotado por Karasch, porém, com modificações a partir do grupo XIII: este foi trocado por “*incerto, ilegível ou não mencionada*”, sendo ainda criado um décimo quarto grupo, de acordo com informação que aparece de forma constante na fonte: “*SAM (Sem assistência médica)*”. Além

⁹⁸ Para a observação das doenças enquadradas (e encontradas) por Karasch em cada uma das terminologias, ver: KARASCH, Mary C. Op. cit. Apêndice B.

do mais, por não mostrar nenhum ganho de utilidade para a análise, além de ocupar maior número de caracteres em uma grande planilha de dados como a que foi criada para esta pesquisa, a numeração dos grupos foi modificada de números romanos para números arábicos.

Assim, os grupos para a análise das **causas de mortalidade** nesta pesquisa foram dispostos da seguinte maneira:

- 1 - *Doenças infecto-parasíticas*
- 2 - *Sistema digestivo*
- 3 - *Sistema respiratório*
- 4 - *Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos*
- 5 - *Primeira infância e malformações congênitas*
- 6 - *Morte violenta e acidental*
- 7 - *Sistema circulatório*
- 8 - *Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina*
- 9 - *Gravidez, parto e puerpério*
- 10 - *Sistema geniturinário*
- 11 - *Causas conhecidas (variadas)*
- 12 - *Causas de morte mal definidas*
- 13 - *Incerto, ilegível ou não mencionada*
- 14 - SAM (sem assistência médica)

Além disso, para o exame das **causas das internações** na SCMPA, a fim de melhor analisar os dados retirados dos livros de entrada de enfermos, foi necessário realizar algumas adaptações nos grupos acima relacionados. Estas adaptações se deram no sentido de realizar uma nova organização dos grupos, de modo que os registros fossem dispostos de forma mais inteligível para a análise. E ainda, com o propósito de alterar algumas das denominações específicas que foram utilizadas para a disposição dos registros de mortalidade, que por sua vez não faziam sentido para a análise das causas de internação, tal como segue em nota⁹⁹.

2.3.1.1 Sobre morbidade populacional

⁹⁹ Os grupos para a análise das causas de internação foram dispostos sob a seguinte forma: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Violenta ou acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada.

Dentro da discussão das formas classificatórias que necessitam comportar não somente as causas de morte, mas também as doenças não letais, a utilização dos dados de internação na SCMPA se justifica pelo motivo de se estudar não somente as doenças que causavam a morte (mortalidade), mas também, as que se faziam presentes no dia-a-dia de determinada população (morbidade). Conforme Maria Lúcia Lebrão, remetendo à atualidade:

As estatísticas de morbidade podem permitir uma indicação de vitalidade que não é menos significativa biologicamente e é mais reveladora que a mortalidade. Esta apresenta um quadro da saúde como ela foi, enquanto para perceber a saúde como ela é, é necessário utilizarem-se as estatísticas de morbidade, que representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos. Revelam a prevalência e a incidência da doença de uma população de uma maneira tão útil para o estudante de sociologia como é a observação clínica para o médico¹⁰⁰.

E é desta forma, dentro do século XIX, que se torna possível não somente analisar as doenças relacionadas à morte, mas também, a saúde de forma mais delimitada, dentro das possibilidades existentes, visto que são poucos e limitados os documentos, neste sentido, produzidos naquele período. E é por estes motivos que não se pretende, neste estudo, se excluir a análise dos *Livros de matrícula geral dos enfermos* (uma das poucas fontes ainda existentes), apesar das dificuldades impostas, tal como a grafia pouco legível dos códigos analisados, a necessidade de transcrição e sistematização das informações. Diante disso, foi tentado contornar o problema por meio da análise por amostragem de anos, dentro do período abordado.

Dentro dos estudos atuais¹⁰¹, um processo metodológico fundamental para as pesquisas sobre morbidade, relacionado às fontes, é destacado por Maria Lúcia Lebrão:

Qualquer estudo de morbidade estará incompleto se utilizar registros de uma só fonte. Assim, as principais fontes normalmente consideradas para os estudos de morbidade podem ser: - notificação compulsória de doenças; - estatísticas hospitalares; - estatísticas de serviços de assistência ambulatorial; - registros médicos de indústrias e escolas; - registros especiais de doenças; - registros de

¹⁰⁰ LEBRÃO, Maria Lúcia. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997. p. 16.

¹⁰¹ É claro que, para a atualidade, os estudos sobre morbidade têm um caráter diferenciado do encontrado nos estudos historiográficos. Isto visto que, diante dos resultados encontrados, existe a possibilidade de implantação de medidas de combate às doenças, o que resulta também, num ganho em economia para o Estado, evitando maiores gastos com os serviços de saúde.

óbitos; - inquéritos domiciliares; - outras fontes, tais como registros de médicos particulares, seguro social e de saúde, censo populacional¹⁰².

Infelizmente, são poucas as fontes disponíveis e existentes, das relacionadas por Lebrão, para os estudos sobre o século XIX em Porto Alegre. São elas: os *livros de enfermos* e os *livros de óbitos*, que permitem a observação de informações diretas sobre os internados no hospital da SCMPA, incluídas as que faleceram (registro de óbito indicando a procedência da Santa Casa). De maneira menos direta, são: os *Relatórios da Provedoria da Santa Casa* e os *Relatórios da Secretaria de Estado dos negócios do interior e exterior*, que possibilitam a observação por meio de quadros estatísticos referentes à morbidade e mortalidade da população porto-alegrense. Além destas, existem, ainda, os censos daquele período.

Entretanto, torna-se importante destacar um aspecto que traz a tona uma das maiores fragilidades dos registros hospitalares para informações sobre a morbidade: a representatividade destes dados, ou melhor, a subrepresentatividade em relação ao todo em que estão incluídos (cerca de menos de 1%)¹⁰³. Tendo ciência de que apenas uma pequena parte dos doentes existentes em uma população é hospitalizada, torna-se claro que os dados de morbidade trazidos nos livros de enfermos da SCMPA são poucos representativos daquela realidade. Por isto, os livros de enfermos serão aqui pensados como um “termômetro” sobre o estado da morbidade das mulheres pobres da cidade de Porto Alegre.

Em outras palavras, se constituem como um indicador pouco confiável da realidade fora da SCMPA, mas por outro lado, estabelecem-se como fonte muito importante para uma investigação detida sobre as doenças das mulheres que procuravam aquele hospital, ou seja, com grande potencial para a análise das condições de saúde das pessoas que procuravam a SCMPA. Por conseguinte, a exploração sobre esses dados (investigando a morbidade das mulheres) será realizada com base em uma amostragem e, devido às suas limitações para a pesquisa, menor do que a utilizada nos livros de óbitos. Ocupar-se-á mais detidamente sobre o biênio 1883/1884. Para estes anos foi realizada a transcrição completa dos registros femininos de internação da SCMPA. A escolha se deu pelo motivo dos mesmos estarem incluídos em um período em que ainda foi possível analisar a internações da população escrava feminina de

¹⁰² LEBRÃO, Maria Lúcia. Op. cit. p. 27.

¹⁰³ Conforme Lebrão, lembrando as ideias de White: “White, em um artigo clássico [...] mostrou, a partir de trabalhos realizados nos Estados Unidos e na Inglaterra que, em uma população de 1.000 adultos, 750, em média, relatam um episódio de doença por mês, 250 procuram um médico e apenas 9 são hospitalizados”. LEBRÃO, Maria Lúcia. Op. cit. p. 60. Ver: WHITE, K. L. et al. The ecology of medical care. *New England J. Méd.* 265: p. 885-892, 1961.

Porto Alegre que, para aqueles anos, ainda poderia se considerar, na Santa Casa, como um número relevante para a análise: constituíram cerca de 9% do total das internações: 36 de 411 do total de registros trazidos pelo livro de entrada de enfermos. Dessa maneira, se oferece como um recorte temporal que possibilita a análise sobre uma população feminina pobre mais heterogênea em suas condições sociais. Tal recorte também se mostrou interessante por tratar de um período em que, até onde foi possível verificar, não ocorreu epidemias, se constituindo assim como um espaço de tempo de ocorrência de doenças consideradas comuns (considerando ocorrência e quantidade) na cidade de Porto Alegre.

Entretanto, ressalta-se que o trabalho realizado sobre os livros de óbitos do cemitério da SCMPA possibilita também a verificação dos óbitos ocorridos na Santa Casa, visto que a procedência dos cadáveres é indicada no documento. Por conseguinte, ainda é possível por meio daqueles dados, analisar a mortalidade naquela Instituição por causa e sexo (informação que os relatórios da provedoria ou outros documentos não trazem sob forma conjunta) no recorte temporal utilizado para o exame da mortalidade, isto é, nos anos: 1883, 1884, 1888, 1891, 1892, 1895.

De outro modo, a fragilidade apontada anteriormente sobre o potencial de pesquisa sobre os livros de enfermos do hospital faz com que os livros de óbitos do cemitério da SCMPA ganhem novamente em importância para a pesquisa (já que trazem os dados sobre todas as mortes registradas na cidade), porém, muito mais direcionados para a análise das doenças fatais. Neste ponto, outro problema que se apresenta nestas fontes (livros de enfermos e de óbitos) e que está intrinsecamente ligado às classificações das doenças e dos óbitos, é a validade do diagnóstico registrado nos livros, tão sucinto e abrangente, para as causas das internações ou dos óbitos dos sujeitos investigados. Nesse sentido, consultando o relatório da Inspeção de Higiene do Rio Grande do Sul de 1893¹⁰⁴, foi verificado que, na maior parte das vezes, os óbitos ocorriam sem que as pessoas recebessem assistência médica, indicando, desta maneira, que o diagnóstico da *causa mortis* constante nos livros poderia ser simplesmente presumido em um breve exame *post mortem*.

Tais problemas em relação ao registro do diagnóstico, ao menos para as internadas no hospital, poderiam ser solucionados caso ainda existissem os prontuários/papeletas dos atendimentos realizados na SCMPA, naquele dado período. Porém, não é isto o que acontece. Deste modo, muitos dos fatores que envolvem as causas registradas nos *Livros* deverão ser presumidos pelo pesquisador a partir de algumas indicações (pistas e indícios) encontradas

¹⁰⁴ SIE 3001 (1893-1894). Op. cit.

junto às fontes e ao conhecimento do contexto em que estão envolvidos. Por conseguinte, torna-se importante lembrar que o conceito de doença será aqui pensado/trabalhado em um nível maior do que o etiológico natural, abrangendo, assim, diversos outros fatores de caráter social, cultural, econômicos etc. Luís Soares de Camargo traz algumas considerações interessantes em relação aos diagnósticos e o contexto específico dos quais fazem parte, ao citar o caráter abrangente do diagnóstico “febre” encontrado por diversas vezes em sua pesquisa:

Durante boa parte do século XIX [...] o que hoje chamamos de sintomas era a doença em si o que, é claro, era capaz de abrigar uma gama variada de males. Não podemos nos desviar muito desse caminho, pois teríamos o risco de perder de vista uma situação intrínseca daquela época, alguns aspectos importantes sobre a vida e o cotidiano dos antigos paulistanos e, mais especificamente, ficaríamos mais distante de um entendimento sobre os pequenos e grandes temores que se faziam presentes¹⁰⁵.

2.3.1.2 Categorização das faixas etárias

Para fins de organização da análise, além da sistematização das doenças, se impõe outro cuidado no *trato* daqueles registros retirados dos livros de óbitos e de enfermos: este se centra, por sua vez, no estabelecimento de grupos de faixas etárias que enquadrem as mulheres analisadas. Primeiramente, destaca-se que não há uma padronização específica, única, ou uma regulamentação, para a utilização de faixas etárias em pesquisas demográficas (abrangendo, assim, não somente estudos sobre a mortalidade). De outra maneira, consultando diversas pesquisas que realizaram análise sobre índices demográficos por faixas de idades, não foram encontradas discussões ou referências que trouxessem embasamento teórico e metodológico para as aplicações utilizadas por aqueles autores.

Porém, com a consulta realizada sobre esses trabalhos¹⁰⁶ foi possível perceber entre as faixas utilizadas pelos pesquisadores, para além de diferenças, algumas semelhanças, que por

¹⁰⁵ CAMARGO, Luís Soares de. *Viver e morrer em São Paulo*. A vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX. 2007. 552 f. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [2007]. p. 12.

¹⁰⁶ CAMARGO, Luís Soares de. Op. cit. COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: BUESCU, M. & PELÁES, C. M. (coord.). *A moderna história econômica*. Rio de Janeiro, APEC, 1976, p. 115-127. KARASCH, Mary C. Op. cit. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre:

vezes parecem se configurar em uma espécie de padronização, porém maleável. Também se observou que a medida das semelhanças e das diferenças se dá de acordo com *o que, quando, e como* se quer analisar, a partir do fenômeno pesquisado. Do ponto de vista mais amplo, pode se dizer que os estudos demográficos mais gerais e atuais trabalham com faixas etárias menores, não tão espaçadas, visto que os dados se destinam para múltiplas análises. Como exemplo, traz-se a forma atual de como o IBGE apresenta os dados demográficos por ele recolhidos e analisados, organizados por faixas etárias em grupos de intervalo quinquenais, com a exceção de dois grupos: o dos menores de um ano de vida e o da faixa posicionada entre 1 e 4 anos¹⁰⁷. Já dentro dos estudos historiográficos, a tendência é a de que o período de anos de cada faixa seja mais largo.

Nesse ponto é importante atentar para as características essenciais de cada um desses dois tipos de estudos: os estudos demográficos do IBGE se ocupam, para muito além da mortalidade, dos dados da população viva, requerendo assim diferentes recortes para distintas análises; já os estudos historiográficos sobre a mortalidade, como a própria dominação infere, trata de informações sobre a população morta (por mais óbvio que isso possa parecer), requerendo assim, um procedimento diferenciado na organização dos dados.

Detendo a atenção nos estudos historiográficos que se atêm sobre a mortalidade populacional se verificará que a preocupação comum dos mesmos, principalmente dentro da história social, será focada na observação dos óbitos por fases da vida humana: primeiros momentos de vida, infância, início da fase produtiva, fase mais produtiva, declínio produtivo, velhice etc¹⁰⁸, isto é claro, de acordo com o contexto local e temporal, ligados ao problema pesquisado. Mais especificamente nas pesquisas sobre o século XIX, observa-se na historiografia internacional (mais voltada para a história da saúde) uma maior padronização

SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou: A morbidade da população escrava no século XIX através dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: Barroso, Vera Maciel. (Org.). *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Histórias reveladas*. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p. 118-132. ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Grammars of death: an analysis of nineteenth-century literal causes of death from the age of miasmas to germ theory. In *Social Science History*, V. 28, n. 1, spring 2004, pp. 111-143. GRAHAM, Mooney. Diagnostic Spaces: workhouse, hospital, and home in Mid-Victorian London. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 357-390. BEEMER, Jeffrey K. Diagnostic Prescriptions: shifting Boundaries in nineteenth-century disease and cause-of-death classification. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 307-340.

¹⁰⁷ TÁBUA DE VIDA: metodologia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em abr. de 2011.

¹⁰⁸ Não há uma padronização nesse sentido. As denominações aqui descritas foram pensadas de acordo com as faixas etárias, mormente, utilizadas pelos historiadores.

no uso das faixas etárias¹⁰⁹. Talvez, muito dessa preocupação seja decorrente da própria necessidade de diálogo entre as pesquisas – preocupação essa que se constitui como o motivo maior que impulsiona a discussão aqui realizada, apesar dos poucos estudos ou dados existentes sobre mortalidade populacionais entre os anos aqui enfocados. Já dentro da historiografia nacional sobre mortalidade populacional, as faixas parecem variar com maior facilidade de pesquisa para pesquisa. Mary Karasch como exemplo, adotou diferentes faixas etárias na análise dos levantamentos realizados¹¹⁰.

De acordo com as considerações realizadas, a classificação de faixas etárias pensadas para essa pesquisa visa o diálogo com outros estudos sobre a temática (mesmo que de outros recortes temporais), bem como, a análise mais produtiva sobre os dados, de acordo com o problema e com os objetivos da pesquisa. Assim privilegiará, a partir das informações retiradas dos livros de óbitos e de enfermos, a análise sobre a mortalidade na fase reprodutiva e próxima ao nascimento, por estarem intrinsecamente relacionadas ao conhecimento médico específico sobre as mulheres: a obstetrícia e a ginecologia. De forma mais objetiva, deter-se-á principalmente no período de maior fertilidade das mulheres e na faixa dos menores de um ano de idade (mortes na primeira infância ou próximas ao parto, nascidos mortos etc.). Dessa maneira, procurando absorver essas necessidades e cuidados, sem esquecer-se do todo (isto é, considerando as demais faixas etárias e outras causas de morte), as faixas etárias utilizadas para a análise da mortalidade estão dispostas da seguinte forma:

Figura 1: Categorias de faixas etárias utilizadas para a análise da mortalidade¹¹¹

< 1	1 aos 14	15 aos 34	35 aos 54	55 aos 64	65 aos 74	75 mais
-----	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------

Porém, objetivando maior potencialidade de análise sobre o problema aqui explorado e tendo inspiração específica no trabalho de Mary Karasch, os períodos de enfoque sofrerão desdobramentos, a fim de serem mais bem examinados. Entretanto, para a análise das internações na SCMPA, devido aos números totais aferidos serem bem menores do que os de

¹⁰⁹ ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Op. cit.. BEEMER, Jeffrey K. Op. cit. GRAHAM, Mooney. Op. cit.

¹¹⁰ Para a análise da mortalidade em um grupo de escravos do Piauí, a autora utiliza faixas em recortes quinquenais. Ao analisar a mortalidade geral dos escravos enterrados pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em uma tabela específica, Karasch utiliza faixas em intervalos de 10 anos, isolando somente os menores de um ano de vida. Porém, a autora desdobra essa classificação ao analisar os óbitos das crianças, dividindo-os de 1 a 30 dias, de 1 a 11 meses, de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos. Nessa tabela, a autora denomina como adultos a contagem a partir dos 10 anos. A partir dessa faixa, a autora volta a dividir as faixas em intervalos de 10 anos. KARASCH, Mary C. Op. cit. p. 146; 148 e 272.

¹¹¹ Idêntico ao modelo utilizado pela historiografia internacional já relacionada, que por sua vez, também estabelece diálogo com as múltiplas e variadas categorizações adotadas (as vezes por um mesmo autor) nos trabalhos realizados no Brasil: ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Op. cit.. BEEMER, Jeffrey K. Op. cit. GRAHAM, Mooney. Op. cit.

mortalidade, e ainda, por quase não trazerem internações de menores de 14 anos, se optou por utilizar outra categorização de faixas etárias, procurando assim, também, potencializar a análise sobre os dados. Desse modo, para a análise das internações, as faixas utilizadas foram as seguintes:

Figura 2: Categorias de faixas etárias utilizadas para a análise das internações na SCMPA¹¹²

< 1	02-07	08-13	14-21	22-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91- 100
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

2.3.2 Censos demográficos

Os dados demográficos censitários brasileiros da segunda metade do século XIX são de extrema importância para esta pesquisa, pois se conformam como peças fundamentais para a análise dos dados da mortalidade das mulheres de Porto Alegre. A análise sobre a mortalidade populacional, seja de forma mais geral ou aprofundada sobre um grupo específico, se relaciona de forma interligada com a população viva do local explorado e, ainda mais, quando se realizam comparações com outras localidades. Ou seja, somente é possível ter uma real noção da representatividade dos índices de mortalidade, se estes forem calculados a partir do total da população viva de determinada localidade ou cidade. E esta população somente poderá ser *observada* e calculada a partir dos censos existentes.

Censos esses que se configuram não somente como parâmetros reflexivos da população existente, mas também, como formas sociais de se olhar para a população brasileira. Desse modo, de outra maneira, o estudo mais detido sobre os censos oportuniza a percepção sobre outro ponto importantíssimo a ser considerado nesta pesquisa, em relação ao século XIX e à representação da sociedade brasileira por meio daqueles documentos: trata-se das denominações e definições de “cor” da população brasileira.

Tais denominações não se limitavam aos registros censitários e não se constituíam somente como uma forma simples e inocente de rotular pessoas pela coloração da epiderme. Estas, muito além disso, expressavam as diferenças sociais mais profundas daquela sociedade. E, ainda mais, para algumas áreas da ciência do período (entre elas a medicina), as denominações de cor, às vezes idênticas aos censos, outras vezes com alguns desdobramentos, tornavam-se parâmetros importantes a serem seguidos na condução das pesquisas que eram

¹¹² Pensadas a partir das análises realizadas pelo pesquisador Paulo Moreira: MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos... Op. cit. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou... Op. cit.

realizadas. Logo, não deve parecer estranho que tais denominações permeiem as fontes geradas por hospitais (neste caso, as da SCMPA) e as produções médico-científicas do período. Dessa forma, vistas como reflexos da conformação e composição daquela sociedade, o entendimento sobre tais informações trazidas pelos censos possibilita a análise mais aprofundada e complexa, sob o ponto de vista social, da mortalidade e morbidade das mulheres porto-alegrenses. De modo semelhante, a percepção dos significados que estão por trás da denominação da “cor”, também auxilia na definição das mulheres que constituíam a parte pobre da população de Porto Alegre.

Infelizmente, para o período aqui analisado, os censos existentes são demasiadamente falhos e problemáticos, constituindo assim, ao contrário do que se poderia pensar, mais um motivo para a análise detida sobre os mesmos. Logo, dado esse sentido de importância para as informações censitárias nessa pesquisa, se impõe a necessidade de conhecê-las mais intimamente, identificando seus potenciais explicativos, assim como, suas limitações. Isso para depois sim, ser possível adentrar de forma mais aprofundada na análise da constituição da sociedade porto-alegrense e das mulheres pobres daquela cidade, tendo como elementos balizadores as considerações que serão agora apresentadas. Objetiva-se, assim, que as informações e os indicadores que serão apresentados nesta pesquisa se constituam menos como dados numéricos (apesar de assim se apresentarem) e mais como informações qualitativas.

As fontes existentes sobre dados demográficos censitários de Porto Alegre, referentes às últimas décadas do século, mais comumente utilizadas pelos pesquisadores (demógrafos, historiadores, cientistas sociais), são: o Censo de 1872 e os Censos de 1890 e 1900. Estes Censos encontram-se compilados de forma resumida em forma de livro, por meio do trabalho realizado pela Fundação de Economia e Estatística, em 1981¹¹³. Os dados dos Censos são trazidos em forma de tabelas, que são reproduções das originais confeccionadas pelo governo, quando da realização dos mesmos.

É importante observar algumas considerações mais gerais sobre as características e dos elementos que os constituem. Recorrendo aos especialistas da temática, Tarcísio Botelho explicou que a experiência inicial brasileira de realização de censos é herdeira do Estado Português, onde se repetiam os mesmos procedimentos e as mesmas preocupações que orientavam a coroa portuguesa: os funcionários envolvidos eram os mesmos de antes da

¹¹³ FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981.

Independência, sendo os capitães de ordenanças e inspetores de quartelões os responsáveis pela elaboração das listas locais que continham a discriminação dos habitantes de seus distritos. Tais listas eram enviadas aos governos centrais das províncias, que se encarregavam de apurar os resultados e de enviá-los à Corte. Com o passar dos anos, os capitães de ordenanças foram substituídos pelos juízes de paz e, a partir de 1841, pelos delegados e subdelegados de polícia¹¹⁴.

No que refere aos dados mais amplos sobre as categorias censitárias utilizadas, o mesmo autor indica que também houve permanências da experiência colonial. A divisão entre livres, escravos (e, eventualmente, libertos) já era uma decorrência óbvia da segmentação primária que marcava a sociedade brasileira. Já a preocupação em registrar a cor seria, certamente, uma herança portuguesa importante. Até a primeira metade do século XIX, a maior parte dos levantamentos censitários dividia a população em, ao menos, três segmentos: brancos; população de ascendência africana nascida no Brasil, mestiça ou não; e pretos. Em localidades onde a população indígena era significativa, a categoria “caboclos” (para defini-los) era incorporada aos censos. Os descendentes de africanos nascidos no Brasil eram classificados como crioulos, já os nascidos de relações interétnicas, eram denominados como mulatos, pardos ou mestiços. Os africanos, normalmente, eram definidos como negros ou pretos¹¹⁵. Realizadas estas considerações, tratar-se-ão individualmente dos censos realizados na segunda metade do século XIX no Brasil.

2.3.2.1 Censo de 1872

O Censo de 1872 se constituiu como a primeira tentativa mais séria de elaboração de um censo geral da população realizada pelo Império. Devido ao caráter das informações e pelo período realizado (ainda dentro do período da escravidão), é considerado como o mais importante censo realizado dentro do século XIX. Tal importância também está vinculada ao contexto do período e dos interesses vinculados ao mesmo. Conforme indicado pelo governo, a justificativa para a elaboração do censo estaria ligada à falta de dados sobre a população. E esta falta impedia a solução de alguns problemas, que estariam ligados: à Lei do Ventre Livre, que tornava necessário conhecer a população escrava feminina e; à melhoria da educação

¹¹⁴ BOTELHO. Tarcisio R. Censos e construção nacional no Brasil Imperial. In. *Tempo Social* - Revista de sociologia da USP. São Paulo. Jun. 2005. vol.17 n.1. p. 321-341. p. 325.

¹¹⁵ Ibid. p. 326.

primária, que tornava necessário aferir a população infantil. Naquele ano, os maiores obstáculos para a realização do levantamento censitário já teria sido ultrapassado, conforme trazido por Botelho: “Com o fim da Guerra do Paraguai, o receio de novos impostos e do recrutamento estava afastado: ‘A nova era da paz que há pouco encetamos exclui a idéia de contribuições extraordinárias e de aprestos militares’”¹¹⁶.

De acordo com o apontado por vários pesquisadores, as aspirações do ministro não teriam se concretizado. Ao menos não, no que se refere ao medo do recrutamento, tido como o principal fator para a subrepresentação dos dados do referido censo. Dentro do contexto mundial, observa-se grande preocupação por parte dos governos na produção de dados estatísticos oficiais em torno das nações existentes. Tal produção seria considerada como um dos ramos mais importantes do serviço público, ao ponto de ocorrer, inclusive, diversos congressos internacionais de estatística¹¹⁷.

No que tange às características específicas de realização prática do censo de 1872, de acordo com os pesquisadores Monastério e Zell, verifica-se que: “O Censo de 1872 se baseou nas paróquias como unidade mínima de análise e coletaram-se informações sobre ocupação, etnia, naturalidade, instrução e condição (livres ou cativos) das populações”¹¹⁸. Desse modo, percebe-se que a definição da condição social da população, polarizada entre livre e escrava, constituía-se como uma necessidade perante a divisão da sociedade do Império brasileiro. De outro modo, a realização do Censo, para além dos interesses relacionados à Lei do Ventre Livre, era importante para subsidiar outras políticas públicas que se implantavam, tal como: a distribuição de eleitores pelas paróquias; aspectos relacionados à instrução pública; e ainda, o saneamento nas maiores cidades do Brasil¹¹⁹. Conforme Monastério e Zell¹²⁰, no Rio Grande

¹¹⁶ Ibid. p. 330. Na parte final da citação, o autor traz parte do texto do documento, por ele designado como: “APB-CD, sessão de 15/07/1870”.

¹¹⁷ São vários os documentos do período que estão carregados de informações estatísticas, estabelecidas, principalmente, sob a forma de quadros. Além disso, em outros materiais do período, tais como algumas revistas, recorriam frequentemente aos dados estatísticos como forma de comprovação de uma realidade que se queria comprovar. Seguem alguns exemplos: REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HIGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HIGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HIGIENE PUBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011.

¹¹⁸ Os autores ainda indicam que: “O Censo de 1872 é o primeiro censo moderno por, ao menos no seu planejamento, possuir todas as características que a ONU considera essenciais para serem consideradas como tal”. MONASTÉRIO, Leonardo; ZELL, Davi Coswig. *Uma estimativa de renda per capita municipal na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul em 1872*. Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia/>], acesso em mar. de 2011. p. 3. Grifo em itálico do autor.

¹¹⁹ BOTELHO. Tarcisio R. Op. cit. p. 335.

do Sul o censo foi realizado sem maiores transtornos, diferentemente do que ocorreu em outras províncias, sendo a data referência nacional (01 de agosto) seguida. Para além das categorias censitárias mencionadas pelos autores, no mesmo censo as informações são arroladas por faixas etárias decenais, constando também o número de casas por paróquia¹²¹.

Conforme Tarcísio Botelho, uma das grandes preocupações do governo estava centrada na observação e divisão da população segundo a cor e esta foi uma característica forte do Censo de 1872: “Para o Brasil, determinar a cor e assim precisar a sua composição racial era mais importante do que outros elementos identificadores da diversidade cultural contida no espaço nacional”¹²². Nesse sentido, o autor aponta que critérios como a língua e dialetos utilizados pela população, informações essas tão caras para o levantamento de informações censitárias que se realizavam nos estados europeus, não eram relevantes para a estatística nacional brasileira¹²³.

Para além do grande problema da sub-representação dos apontamentos referentes ao sexo masculino do Censo de 1872, pesquisadores encontraram a existência de outras fragilidades, ligadas aos procedimentos de coleta dos dados até a confecção final dos resultados, expressos no censo original. Procurando contornar esses problemas, pesquisadores do Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL confrontaram os dados do censo de 1872 com as informações coletadas contidas nos registros paroquiais de todas as cidades da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul¹²⁴. Conforme os pesquisadores:

Tendo em vista as limitações técnicas do período era de se esperar a ocorrência de diversos erros nas somas e tabulações. Foi o que ocorreu. Esses enganos foram identificados durante o procedimento inicial de digitação em planilha eletrônica das tabelas relevantes para as 88 paróquias do Rio Grande do Sul. Como há repetição de

¹²⁰ MONASTÉRIO, Leonardo; ZELL, Davi Coswig. Op. cit. p. 3.

¹²¹ As paróquias de Porto Alegre, existentes naquele período e que foram cobertas pelo censo, foram: Nossa Senhora Madre de Deus (com 1.489 casas), Nossa Senhora do Rosário (2.075 casas), Nossa Senhora das Dores (768 casas), Nossa Senhora de Belém (372 casas), Nossa Senhora da Conceição de Viamão (885 casas), Nossa Senhora dos Anjos da Aldeia (não consta o número de casas) e Nossa Senhora do Livramento das Pedras Brancas (433 casas). FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Sensos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981. p. 81.

¹²² BOTELHO, Tarcísio R. Op. cit. p. 335.

¹²³ Id. Botelho, nessa discussão, referência trabalho de Eric Hobsbawn, ao destacar que a partir do Congresso de São Petesburgo, em 1872, primeiro que teve a participação do Brasil, houve a recomendação de incluir a língua entre os itens a serem apontados pelos censos. HOBBSAWM, Eric. (1990), *Nações e nacionalismo desde 1780*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. p. 117-118.

¹²⁴ Censo de 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. de 2010.

informações através das tabelas, quase todos os problemas puderam ser corrigidos mediante o cruzamento dos dados¹²⁵.

Esse trabalho, para além de mostrar discrepâncias entre os arrolamentos (observando que os registros paroquiais demonstram população pouco menor que a registrada no censo de 1872), traz as informações em tabelas dispostas sob formas mais inteligíveis para a pesquisa histórica sobre aquela sociedade e aquele período. Desse modo, foram arrolados de forma prática para a pesquisa os dados censitários da população livre e escrava, por sexo, faixas etárias e denominação de cor. A diferença populacional para Porto Alegre, em relação ao censo original, seria de pouco menos de duzentas pessoas. Para fins de confecção dos índices de mortalidade realizados para esta pesquisa, a diferença é considerada estatisticamente irrelevante, não alterando sequer meio ponto nos resultados.

2.3.2.2 Matrícula especial dos escravos

Outro procedimento censitário realizado, contemporâneo ao Censo de 1872, ganha em importância para esta pesquisa: trata-se da *Matrícula Especial dos Escravos*¹²⁶ (censo realizado entre 1872 e 1873). As matrículas, em relação ao Censo de 1872, trazem dados mais fidedignos referentes à realidade populacional dos cativos brasileiros, conforme trazido por especialistas no assunto. Essas matrículas deveriam ser realizadas pelos senhores de escravos durante um período específico (entre abril de 1872 e setembro de 1873), sujeitos à multa caso não as realizassem e, após um ano de término do prazo, os escravos não matriculados seriam considerados livres¹²⁷. Um pouco mais sobre o contexto específico que envolvia essa fonte é observado por meio de algumas considerações de Robert Slenes:

¹²⁵ Ainda, conforme os pesquisadores: “Uma lista de todas as correções feitas pode ser solicitada pelo endereço eletrônico dos autores. Na paróquia de São Gabriel houve um pequeno erro impossível de ser sanado. Outra falha do Censo foi que quatro paróquias não foram recenseadas: N. S. da Conceição do Tahim (Rio Grande), N. S. da Conceição do Boqueirão (Pelotas), N. S. da Luz das Cacimbinhas (Piratini) e S. João Baptista do Herval (Jaguarão)”. MONASTÉRIO, Leonardo; ZELL, Davi Coswig. Op. cit. p. 3.

¹²⁶ SLENES, Robert. *The demography and economics of Brazilian slavery: 1850-1888*. Tese de Ph.D., Stanford University, 1976. SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”. *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr. 1983. ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit. MARCONDES, Renato Leite. Fontes censitárias brasileiras e posse de cativos na década de 1870. *Revista das Índias*, 2011, vol. LXXI, n. 251. P. 231-258.

¹²⁷ MARCONDES, Renato Leite Op. cit. p. 236. Esta lei foi instituída pelo Decreto 4.835 de 01 de dezembro de 1871. Por meio do artigo primeiro do decreto, é possível verificar as informações que deveriam ser informadas a respeito do escravo: “Art. 1º A matrícula de todos os escravos existentes conterà as seguintes declarações

Em 1872-73, e novamente em 1886-87, os donos de escravos em todo Brasil eram obrigados por lei a registrar seus ‘cativos’ nas coletorias dos municípios onde estes residiam. Numa folha padronizada, semelhante a uma ficha de recenseamento domiciliar, os senhores tinham de indicar o nome e uma série de informações para cada escravo que possuíam. Além disso, entre 1872 e a abolição, eram obrigados a registrar nas mesmas coletorias, e também de forma nominativa, certas mudanças demográficas e sociais entre seus escravos e ingênuos. Muitas das informações coletadas nas ‘matrículas’, como os dois censos de escravos eram chamados, e nesse registro de mudanças na população – na verdade, o primeiro ‘registro civil’ a ser implantado com relativo sucesso em nível nacional – foram tabeladas e publicadas na época, consoante o intuito do governo de levantar as estatísticas necessárias para medir os efeitos da Lei do Ventre Livre e de legislação subsequente sobre a escravatura¹²⁸.

Todo o escravo receberia um número de matrícula dentro de seu município, que por sua vez, se constituiria como dado obrigatório de identificação do cativo dentro de qualquer processo que o envolvesse¹²⁹. Conforme Thiago Araújo, que segue os passos de Robert Slenes no aprofundamento da análise sobre essa temática, observa-se que a partir do ano de início da realização das matrículas, estas se constituiriam como exclusiva forma de registro dentro da lei, que garantiria a posse de escravos. Daí infere-se duas questões, conforme Araújo:

[...] a primeira, como argumenta Slenes, é o óbvio interesse senhorial em matricular seus escravos nas coletorias, e, a segunda, diretamente entrelaçada à primeira, é que esse registro acabava por legalizar a escravidão de milhares de africanos e seus descendentes escravizados ilegalmente, já que entrados no império depois da lei de 7 de novembro de 1831 (que considerava livres todos os africanos entrados em portos brasileiros a partir dessa data)¹³⁰.

Os registros eram efetuados em livro específico para esse fim, em cada município¹³¹. No que se refere à comparação sobre a qualidade das informações das matrículas especiais em relação ao censo de 1872, Marcondes concorda com Slenes ao afirmar que as primeiras seriam mais confiáveis. Porém, como ponto desfavorável, os autores apontam que houve uma tendência, no momento dos senhores informarem os dados de seus escravos, para a redução

(modelo A): 1º O nome por inteiro e o lugar da residência do senhor do matriculando; 2º O número de ordem do matriculando na matrícula dos escravos do município e nas relações do que trata o art. 2º deste Regulamento; 3º O nome, sexo, côr, idade, estado, filiação (se fôr conhecida), aptidão para o trabalho e profissão do matriculando; 4º A data da matrícula; 5º A verbações. DECRETO N. 4835 - DE 1 DE DEZEMBRO DE 1871. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹²⁸ SLENES, 1983 apud ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit. SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”. *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr. 1983, p. 124.

¹²⁹ MARCONDES, Renato Leite. Op. cit. p. 235.

¹³⁰ ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit. p. 4.

¹³¹ MARCONDES, Renato Leite. Op. cit. p. 236.

das idades dos escravos mais velhos. A possibilidade de concessão da liberdade para escravos sexagenários teria condicionado o uso de tal estratégia por parte dos senhores de escravos¹³².

De acordo com Renato Marcondes, essas fontes mostram-se relativamente homogêneas, trazendo informações referentes a vários municípios e províncias brasileiras daquele período¹³³. Thiago Araújo, recentemente, publicou os números gerais de matrículas especiais para a cidade de Porto Alegre, trazidos através da apresentação de dados compilados pelo governo em relatório de 1875¹³⁴. Porém, infelizmente, as informações arroladas não constam detalhes sobre os dados específicos de cada escravo. Desse modo, observando os números gerais da população escrava em Porto Alegre por meio das matrículas especiais, é perceptível um aumento populacional até certo ponto considerável para a mesma, em relação ao censo de 1872: seriam 900 escravos a mais do que apontado no censo: de 8.070 para 8.970 escravos, representando um acréscimo, dentro da população escrava porto-alegrense de 5,28%. Dentro desses números, seriam 289 mulheres (gerando um aumento de 3,5% entre as mulheres escravas) e 611 homens a mais (gerando um aumento de 6,96% entre os homens escravos). Observa-se que, apesar da pouca representação estatística dos novos números em relação à população total da cidade, esses ganham em importância quando enfocadas questões de caráter demográfico sobre a população escrava, tal como a mortalidade. Sendo assim, destaca-se a importância de se considerar os dados das matrículas especiais dos escravos nessa pesquisa, em conjunto com os dados de pessoas livres do censo de 1872.

2.3.2.3 Censo de 1890

O censo de 1890 foi o primeiro aferimento populacional realizado pelo Brasil Republicano. Cabe mencionar que uma década antes, no ano de 1880, já estava prevista a realização de outro levantamento censitário, porém, não ocorrido, devido a algumas

¹³² Neste trecho, Marcondes utilizou-se de afirmações de Robert Slenes em seu texto de 1983, p. 132-133. MARCONDES, Renato Leite. Op. cit. p. 236. SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou...”. Op. cit. p. 132-133.

¹³³ MARCONDES, Renato Leite. Op. cit. p. 239.

¹³⁴ Quadro Estatístico do Numero de Escravos Matriculados nas Estações Fiscais, 1873 apud ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit. Quadro Estatístico do Numero de Escravos Matriculados nas Estações Fiscais, (1873). Relatório Diretoria Geral de Estatística (DGE), 1875.

dificuldades encontradas pelo governo¹³⁵. Destaca-se que a realização deste Censo estava entre uma das prioridades do governo republicano, visto que apenas alguns dias depois do 15 de novembro de 1889, o novo governo ordenaria a realização, em caráter de urgência, do levantamento censitário. Já na Constituição Republicana de 1891, foi estabelecido que os censos se realizariam em intervalos de 10 anos, refletindo uma perspectiva ideológica daqueles políticos naquele período, em buscar a imagem da nação e governar por números¹³⁶.

O pesquisador Alexandre Camargo realizou interessante estudo sobre os sentidos ligados à classificação racial estabelecida nos censos brasileiros de 1872, 1890 e 1940. Referente ao censo de 1890 o autor ressaltou dados e questões importantes em torno do mesmo, interligadas com questões mais amplas de caráter ideológico e social que permeavam o contexto específico do fim do Brasil Império e início da República. Nesse sentido, destaca:

Sem fugir à nova regra, o censo de 1890 trazia o signo positivista do movimento militar que edificou os primeiros anos da República. Suas classificações partiam de uma forte concepção hierárquica do mundo social. Dividia a população segundo a 'raça', em 'brancos', 'pretos', 'caboclos' e 'mestiços'. Note-se que a mestiçagem foi promovida aqui à condição de categoria, assumindo claramente o sentido atribuído pelo branqueamento, qual seja o de diluição do sangue negro no cruzamento com os contingentes migratórios, que levaria ao gradual desaparecimento desta população. Nestes termos, o censo atendia perfeitamente às expectativas do novo regime e das velhas elites, subtraindo do jogo político formal os grupos de ex-escravos e sua descendência, ao subsidiar a restrição de sua participação política na apresentação de um determinado retrato da nação e de sua população. Ao mesmo tempo, construía uma imagem fortemente progressista para o país, baseado no crescimento urbano e comercial e na valorização da contribuição quase redentora da imigração europeia para o patrimônio nacional¹³⁷.

Nesse sentido, o censo de 1890 foi coordenado por Timóteo da Costa (1855-1934), adepto do positivismo¹³⁸. Sobre as classificações utilizadas, Camargo concorda com Tarcísio Botelho, ao indicar que o paradigma do censo de 1872 teria sido novamente adotado no censo de 1890, principalmente no que se refere à permanência da preocupação com a cor da

¹³⁵ Não são encontradas referências, dentro dos autores consultados, sobre os motivos que impediram a realização do censo de 1880. Tal informação foi somente mencionada por Tarcísio Botelho: BOTELHO, Tarcísio R. Censos e construção nacional no Brasil Imperial. In. *Tempo Social* - Revista de sociologia da USP. São Paulo. Jun. 2005. vol.17 n.1. p. 321-341.

¹³⁶ CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Mensuração racial e campo estatístico nos censos brasileiros (1872-1940): uma abordagem convergente. *Boletim do Museu do Pará Emílio Goeldi*. Ciências Humanas, Belém, v. 4, n. 3, p. 361-385, set.- dez. 2009. p. 369.

¹³⁷ Id.

¹³⁸ Era também engenheiro e professor da Escola Politécnica da Praia Vermelha, conhecida como lócus intelectual dos militantes positivistas. SENRA, Nelson de Castro; CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio Camargo. A ciência da certeza. Revista de História da Biblioteca Nacional. Ed. Set. de 2007. Disponível em: [<http://www.revistadehistoria.com.br/>], acesso em maio de 2010. p. 2.

população, porém, de uma forma modificada¹³⁹. De maneira mais ilustrativa, seguem as categorias de cor utilizadas nos censos analisados: Censo de 1872: branco, preto, pardo e caboclo; Censo de 1890: branco, preto, caboclo e mestiço; Censo de 1900: não inclui pergunta sobre cor/raça¹⁴⁰.

Sobre o Censo de 1890, dentro da bibliografia analisada, não foram encontradas referências sobre subrepresentações dos dados decorrentes do medo de recrutamento. De outra maneira, naquele ano, já não haveria mais a preocupação de escravos libertos serem novamente escravizados, diferentemente do que teria ocorrido em 1872, tido como um dos fatores responsáveis pela fuga de muitas pessoas, incluindo mulheres, dos recenseadores. De qualquer modo, a ausência dessas características não tirava a sensação de tentativa de controle da população, por parte do governo, aos olhares dos brasileiros¹⁴¹. Porém, esses apontamentos não o isentam de problemas, externados pela demora na tabulação dos resultados e na difícil divulgação. Somente em 1895 é que seriam conhecidos os dados referentes ao Rio de Janeiro, então Distrito Federal, e à comarca de Palmas localizada no Paraná. Isto porque esta região estava envolvida em conflitos de divisa com a Argentina, sendo o Censo de 1890 peça fundamental para a solução dos mesmos¹⁴².

Para cumprir a legislação republicana, em 31 de dezembro de 1900 o governo Campos Salles mandaria realizar o novo censo, que seria coordenado por Francisco Mendes da Rocha (1861-1949). Os resultados seriam frustrantes para o Distrito Federal, sendo a população subnumerada. Na defesa de sua obra, Mendes da Rocha se ocupou em desqualificar o Censo de 1890, alegando que teria se praticado um desordenado acréscimo nos números, por se ter somado os imigrantes que aportaram na cidade¹⁴³. Restou ao governo federal, por meio de

¹³⁹ Atribuindo novos sentidos à miscigenação, ocasionando, na teoria, uma “transformação da miscigenação”: “A homogeneização étnica como fator de primeira ordem do processo social brasileiro havia atingido até mesmo os instrumentos estatísticos. A miscigenação acelerada acentuava a contribuição expressiva do grupo branco e o equivalente declínio de ‘pretos’ e ‘caboclos’”. Ibid. p. 370. De outra maneira, conforme apontado por Camargo: “O retrato da nação que o censo de 1890 e os relatórios da DGE ofereciam correspondia aos desejos dos governos e aos apelos da propaganda imigrantista, ampliando, assim, o uso das estatísticas nos discursos dominantes e/ou oficiais”. CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Op. cit. p. 372.

¹⁴⁰ Dados compilados por: PEREIRA, Nilza de Oliveira Martins et al. Construção de indicadores de saúde para os indígenas a partir do Censo Demográfico 2000: Reflexões a partir do caso dos Xavante de Mato Grosso. *Anais do terceiro congresso brasileiro de pesquisa*. São Paulo, abril de 2008. Disponível em <http://www.abep.org/>, acesso em out. de 2011.

¹⁴¹ SENRA, Nelson de Castro; CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio Camargo. Op. cit. p. 3.

¹⁴² Ibid. p. 2.

¹⁴³ Id.

uma comissão, decidir pelo reconhecimento de insuficiências dos dados obtidos, avaliando que se desconsiderassem os resultados do dito Censo¹⁴⁴.

Realizada esta análise, verifica-se a frágil qualidade dos dados dos Censos de 1872, 1890 e 1900. Como consequência do que foi demonstrado, é importante realizar algumas reflexões sobre o alcance interpretativo das informações trazidas pelos respectivos Censos. É necessário mencionar que para essa pesquisa, para a realização dos índices de mortalidade, é imprescindível a utilização dos dados censitários mencionados, considerando-os como referência do real. Porém, mesmo considerando a validade da busca e obtenção de dados demográficos cada vez mais fidedignos à realidade daqueles anos (esforço este que, por vezes, representa somente pequena alteração nas casas decimais dos índices estatísticos), observa-se que mais importante é perceber que as informações contidas nos censos são ferramentas para a problematização da realidade que está representada naqueles registros. Assim, demonstra-se a importância de conhecer como aquelas fontes foram elaboradas e quais são as suas deficiências. Esse esforço interpretativo possibilita, em uma última instância, a identificação de elementos balizadores para as inferências de pesquisa que poderão ser realizadas a partir daquelas fontes.

Sendo assim, cabe mencionar que, visualizadas e analisadas as deficiências daqueles censos populacionais, a pretensão aqui não foi a de fazer daquelas fontes terra arrasada. Mas sim, dentro da necessidade de utilizá-las, demonstrar as restrições interpretativas para as análises que serão realizadas nesta pesquisa. Logo, os dados que serão examinados e apresentados nesta dissertação, que estão interligados aos números gerais populacionais, tais como os índices de mortalidade da população, baseiam-se diretamente nas informações dos Censos aqui analisados, tomando como base, para a população escrava, exclusivamente os dados das matrículas especiais, trazidos por Araújo. Logo, dadas as peculiaridades trazidas sobre tais levantamentos populacionais e a necessidade de uso dos números por eles trazidos, ressalta-se que a utilização destes números nesta pesquisa não se deu como uma simples e não problemática soma de dados, mas sim, considerou as deficiências e potencialidades intrínsecas dos dados, considerando suas complexidades constitutivas.

¹⁴⁴ Segundo Senra e Camargo: “Admitir e oficializar o insucesso dos números de 1900 parecia ser a única maneira de salvar a credibilidade da ‘ciência da certeza’, que àquela altura, por sinal, não gozava de nenhuma simpatia por parte do povo. Os primeiros governos da [...] viram-se envolvidos em sucessivas revoltas e manifestações de massa. A tendência do povo era ver a coleta de informações, fundamental ao recenseamento, como uma violação autoritária do espaço privado, tal qual a campanha da vacina obrigatória [...]. Desde o Império, as camadas mais pobres da sociedade associavam as tentativas de recenseamento ao reforço do controle arbitrário do Estado sobre elas. Equiparavam o censo ao aumento de impostos, ao recrutamento militar obrigatório e até mesmo à ameaça de reescravização dos libertos”. Ibid. p.3.

De outro modo, a análise sobre os Censos possibilita a identificação de alguns dos significados que estão por trás das convenções realizadas no século XIX que rotularam diversos segmentos sociais da população brasileira, conforme visto, também por meio do sistema de definição de cor. Sistema este que permeava diversas esferas da sociedade brasileira. Nesse sentido, a medicina científica do período aprofundava cada vez mais as suas pesquisas considerando as diferenças de cor. Deste modo, ultrapassando a utilidade dos dados censitários somente para a análise da mortalidade, os significados contidos nos sistemas classificatórios em torno da cor também se tornam elementos para a análise sobre como a medicina do período estudava e compreendia a população brasileira.

3 PORTO ALEGRE, POPULAÇÃO, MULHERES POBRES E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

O contexto mais amplo que envolve os sujeitos e processos analisados por esta pesquisa, devido às especificidades verificadas, demonstra-se de forma plural e envolve diversas esferas da sociedade porto-alegrense do fim do século XIX: uma cidade passando por um processo de efervescência populacional; questões de saúde e sanitárias; um hospital administrado por uma irmandade leiga; as relações desta irmandade e hospital com a população local, entre outras. Dessa forma, a análise sobre esse contexto pluralístico será realizado em partes, iniciando pelos aspectos mais gerais da cidade e de sua população.

3.1 PORTO ALEGRE E POPULAÇÃO NO FINAL DO SÉCULO XIX

Dentro dos estudos historiográficos¹⁴⁵ que procuram trazer um panorama contextual sobre a cidade e sociedade de Porto Alegre das últimas décadas do século XIX, de um modo geral, observa-se um enfoque no crescimento populacional ocorrido e nas modificações ligadas ao desenvolvimento industrial, tecnológico e urbanístico (sendo está última analisada, principalmente, a partir das ideias sanitaristas implantadas pelo governo). Por meio dessas pesquisas, observa-se que a população da cidade teve aumento de quase 70%, entre 1872 a 1900: partindo de cerca de mais de 40 mil pessoas na década de 70, passando para mais de 70 mil, na virada do século, dados estes também observados por meio dos Censos de 1872, 1890 e 1900¹⁴⁶.

Porto Alegre constituía-se, economicamente, como uma cidade portuária de ativo comércio. No final do século XIX se configurava como um local onde ainda existia grande número de unidades artesanais, que passariam a conviver com estabelecimentos manufatureiros. O eixo central da economia ainda se desenvolvia em torno de atividades primárias, ou seja, através da agricultura e pecuária. A industrialização, no período aqui

¹⁴⁵ BILHÃO, Isabel. *Identidade e trabalho: uma história do operariado Porto-Alegrense (1898-1920)*. Londrina: EDUEL, 2008. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009. PESAVENTO, Sandra Jatthy. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

¹⁴⁶ FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981.

tratado era ainda incipiente, mas nem por isso deixou de marcar presença na região. Já em 1889, com o advento da República, para o Partido Republicano Rio-Grandense (PRR)¹⁴⁷ que estava no poder, o aumento de indústrias no Rio Grande do Sul passou a ser uma grande meta a ser atingida¹⁴⁸. E, dentro do que se refere às principais implantações tecnológicas em Porto Alegre, verificam-se: “em 1861 – encanamento de água; 1864 – primeira linha de bondes; 1872 – instalação definitiva do serviço de bondes; 1874 – iluminação a gás; 1879 – fundação da primeira companhia de seguros do RS (a Phenix); 1884 – Serviço telefônico; 1896 – fundação da Escola de Engenharia”¹⁴⁹.

Estas obras fizeram de Porto Alegre um importante receptor de trabalhadores, que vinham tanto do interior do Rio Grande do Sul quanto de outras partes do país e do exterior. Conforme Isabel Bilhão, o intenso aumento populacional na cidade desencadearia o crescimento acentuado de problemas habitacionais, exemplificado pela ampliação do número de cortiços, em mais de quatro vezes, em quatorze anos: existiam trezentos em 1890 e em 1904 já eram contabilizados mais de mil e duzentos. Este crescimento ajudou a formar novos núcleos populacionais, principalmente em torno de regiões operárias, como no caso dos bairros São João e Navegantes, modificando assim, drasticamente a geografia da cidade¹⁵⁰. Estas mudanças acentuadas também deixaram marcas sociais profundas em Porto Alegre, naqueles anos.

Configuram-se, assim, dois pontos importantes para a análise do crescimento populacional e, conseqüentemente, do acirramento da luta pela sobrevivência nas grandes cidades brasileiras, o que não foi diferente em Porto Alegre: a imigração de trabalhadores europeus para o Brasil, bem como a imigração interna das zonas periféricas para os grandes centros, em conjunto com o final da escravidão. Trata-se, assim, de um período especialmente complexo dentro do mundo do trabalho e das relações intrínsecas ao mesmo. Neste mundo, estavam incluídos entre seus agentes: os escravos, que por sua vez não desenvolviam atividades somente para o seu senhor, mas também para a obtenção de dinheiro para seus próprios interesses (incluindo a alforria); ex-escravos, alforriados, pessoas livres pobres

¹⁴⁷ Partido criado em 23 de janeiro de 1882, tendo Júlio Prates de Castilhos (Cruz Alta, 29 de junho de 1860 — Porto Alegre, 24 de outubro de 1903) como principal expoente nas primeiras décadas de existência. O PRR esteve em hegemonia na política do Rio Grande do Sul entre 1893 e 1937. Castilhos governou o Rio Grande do Sul nos anos: 1891; 1893- 1898. Castilhos faleceu em 1903. Pelo mesmo partido, também se destacou Antônio Augusto Borges de Medeiros, que governou o Estado entre 1898-1908 e 1913-1928. FLORES, Moacyr. *Dicionário de história do Brasil*. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. Verbetes: Júlio Prates de Castilhos; Partido Republicano Rio-Grandense.

¹⁴⁸ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994. p. 33-38.

¹⁴⁹ SINGER, 1977 *apud* BILHÃO, Isabel. Op. cit. p. 97.

¹⁵⁰ BILHÃO, Isabel. Op. cit. p. 98.

urbanas e da terra e imigrantes¹⁵¹. O processo de imigração europeia para o Brasil, por sua vez, resultou no uso acentuado de mão de obra livre branca no mercado, sendo dada a preferência de emprego aos imigrantes, fazendo com que muitos escravos, libertos ou alforriados fossem rejeitados naquelas frentes¹⁵².

Tal rejeição estaria ligada a um forte preconceito racial - enraizado em uma sociedade baseada na escravidão de negros -, que por sua vez se estabelecia como fator decisivo para a contratação de trabalhadores, principalmente, pelas indústrias. Este pensamento discriminatório, trazido para o campo da prática social, ajudou a levar os não brancos a trabalhos domésticos de baixa remuneração e a preencher as vagas mais baixas da produção¹⁵³. Cabe ainda salientar que os negros libertos ou alforriados obtinham uma liberdade que não previa nenhuma espécie de plano governamental de inserção social. Esses homens e essas mulheres deveriam buscar a sobrevivência de acordo com seus próprios meios, ou ainda, dentro das redes sociais das quais faziam parte. E neste contexto, Porto Alegre se tornou, no processo de desagregação da escravatura, o maior centro receptor de negros libertos do Rio Grande do Sul¹⁵⁴.

Nesse sentido, torna-se necessário lembrar que a política de imigração para o Brasil, mais particularmente para o Rio Grande do Sul, apenas se acentuava naqueles anos, pois esse processo se estendia desde 1824. Porém, muitos imigrantes europeus, financiados pelo governo para o serviço de colonização rural, por diversos motivos (zonas inóspitas para habitação, terras pouco produtivas, condições do tempo adversas, conflitos com povos indígenas), não obtiveram êxito na atividade rural. Dessa maneira, esse insucesso nas atividades rurais fazia com que esses imigrantes também procurassem outros meios para sobreviver. Consequentemente, o que veremos será a migração destas pessoas para as zonas urbanas em busca de trabalho (em casas particulares, fábricas, atuando como jornaleros¹⁵⁵ ou trabalhadores autônomos prestadores de certas especialidades de serviços) ou de outras formas de sobrevivência¹⁵⁶. Joana Maria Pedro, em estudo que privilegiou a análise sobre as

¹⁵¹ XAVIER, Regina Célia Lima. Tratos e contratos de trabalho: debate em torno de sua normatização no século XIX. In. *História em Revista*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Nº. 10, dez. 2004. p. 201-210.

¹⁵² BILHÃO, Isabel. Op. cit. p. 105.

¹⁵³ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *A emergência dos subalternos*. Trabalho livre e ordem burguesa. Porto Alegre: UFRGS/FAPERGS, 1989. p. 75 – 79.

¹⁵⁴ PESAVENTO, Sandra Jatahy. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 19, n.37, set. 1999.

¹⁵⁵ Jornaleiro: trabalho por jornada.

¹⁵⁶ Sobre a formação de uma *colônia* de alemães em Porto Alegre, no século XIX, a revelia das autoridades imperiais, ver: GANS, Magda. *Presença Teuta em Porto Alegre*. Porto Alegre / Editora da Universidade - UFRGS / ANPUH - RS, 2004.

mulheres de Porto Alegre na virada do século XIX, aponta que a cidade recebeu muitos imigrantes italianos que, mal sucedidos economicamente nas atividades rurais, se estabeleceram em cortiços, tal como o da Rua dos Venezianos¹⁵⁷. Para além desses italianos, a mesma autora indica que a população da capital absorvia populações oriundas de várias cidades e regiões do Rio Grande do Sul, tal como Pelotas, Camaquã, Gravataí, São Gabriel, Triunfo, Rio Pardo, Santana do Livramento, Santa Maria etc. Em termos de etnias, a população de Porto Alegre se compunha por pessoas das mais diversas origens, o que acarretava diferentes formas de organização e de papéis a serem exercidos nos mundos do trabalho daquela cidade¹⁵⁸.

A sociabilidade nos núcleos urbanos daqueles anos era fortemente marcada pela classe econômico-social e pelos grupos sociais que deles faziam parte. As ruas seriam dominadas pelos escravos, libertos, vendedores ambulantes, artífices e vagabundos, ou seja, pela classe mais pobre. Já os mais ricos, reduziam a sociabilidade em seus núcleos de relações particulares e familiares ou em espaços públicos específicos (mais voltados para os homens)¹⁵⁹. A igreja seria o único lugar público que reunia representantes de todas as classes sociais, “aparentemente” sem distinções. Porém, ressalta-se que mesmo no local santo, havia divisões específicas para cada grupo, que por sua vez marcavam a posição social de cada um. Mais especificamente sobre os escravos e libertos, destaca-se que estes se uniam com companheiros da mesma nação e/ou condição social, congregando-se, de forma semelhante às elites, em confrarias, associações ou irmandades de auxílio mútuo. Nesse sentido, o pesquisador Paulo Moreira procura descrever parte do cotidiano das pessoas da classe subalterna de Porto Alegre, denominadas por ele como populares:

Caracterizados por uma não descartável mobilidade – sejam ocupados em serviços ocasionais, como os jornaleiros, ou em trânsito, como os marítimos – os populares davam considerável importância à manutenção de locais neutros para encontros, pouso, jogos, armazenamento de objetos roubados, festas íntimas. Circulando entre a

¹⁵⁷ PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 302. Para as inferências realizadas, a autora se baseou, principalmente, no estudo: AREND, Sílvia Maria Favero. Um olhar sobre a família popular porto-alegrense (1896-1906). Porto Alegre: UFRGS, 1994. 178 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. p. 18-27.

¹⁵⁸ Conforme Joana Maria Pedro: “A sobrevivência desses populares era muitas vezes garantida pela própria origem étnica: comumente, os empresários alemães e italianos preferiam empregar em suas indústrias, casas de comércio ou oficinas trabalhadores que possuíssem a mesma origem étnica deles [...] Dessa forma, para os luso-brasileiros, negros e mestiços, os quais traziam na pele e na cultura o estigma da incompatibilidade com o trabalho, restavam o desemprego e o trabalho informal”. PEDRO, Joana Maria. Op. cit. p. 303.

¹⁵⁹ COSTA, Emília Viotti da. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. 7. ed. São Paulo: UNESP, 1998. p. 244.

legalidade e a ilegalidade, os populares investiam na construção de espaços que os mantinham, dentro do possível, afastados do olhar policial¹⁶⁰.

Realizadas estas considerações sobre o contexto mais amplo que envolvia Porto Alegre e a sua população no final do século XIX, a análise se voltará para a observação dos sujeitos explorados, ou seja, as mulheres pobres de Porto Alegre.

3.2 AS MULHERES POBRES DE PORTO ALEGRE

Antes de tratar mais detidamente sobre as mulheres pobres é importante, mesmo que brevemente, trazer a análise um pouco mais para as questões de gênero daquela sociedade, observando que estas incidem sobre todas as mulheres. Entretanto, não se pode pensar que as diferenças e preconceitos de gênero ocorram de uma mesma maneira sobre todas as mulheres¹⁶¹. Abordando os aspectos mais gerais em torno das questões de gênero na sociedade do Rio Grande do Sul e porto-alegrense no final do século XIX, são interessantes algumas passagens do texto de Joana Maria Pedro, sobre as mulheres de Porto Alegre¹⁶². Conforme a autora, principalmente a partir da Proclamação da República, pelo modelo de ideias positivistas baseadas em Augusto Comte adotadas pelo Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), o Rio Grande do Sul iria se diferenciar dos outros estados brasileiros na forma de observar as mulheres:

A predominância das ideias positivistas significou a repetição, nessa região, dos mesmos discursos homogeneizadores dos papéis femininos: identificou a mulher como tendo uma natureza complementar à do homem, apresentando uma diferença que justificava sua educação específica. Mesmo assim, significaram certo avanço, pois recomendavam a educação das mulheres, já que como mães eram as responsáveis pela construção dos “homens de amanhã” – coisa rara até então¹⁶³.

¹⁶⁰ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009. p. 163.

¹⁶¹ Tornando-se importante lembrar do alerta realizado por Joan Scott ao indicar que as desigualdades sociais se organizam sob, no mínimo, três formas (não somente as diferenças sociais entre os sexos), englobando conjuntamente o gênero, a classe social e a etnicidade. SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

¹⁶² PEDRO, Joana Maria. *Mulheres do Sul*. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

¹⁶³ *Ibid.* p. 298.

De acordo com essas ideias, conforme o pensamento positivista analisado pela autora (de acordo com as ideias do Centro Positivista de Porto Alegre), o papel social mais sublime que uma mulher poderia desejar e assumir, era o de mãe. Nos escritos positivistas a autoridade e a submissão feminina eram entendidas no binômio “obediência e amor”. O positivismo não observava a inteligência feminina como inferior ao homem, mas sim, como complementar a ele. Assim, a mulher ideal se constituiria, ao longo da vida, como uma “filha obediente, esposa dedicada, mãe exemplar e, quando pobre, trabalhadora virtuosa”¹⁶⁴.

Nesse sentido, é trazido um artigo da Gazeta de Porto Alegre¹⁶⁵, voltado sobre o comportamento desejável da mulher na sociedade e na família, baseado em um texto da “grande escritora chinesa Pan-hoei-pan”, intitulado “A mulher”¹⁶⁶. No pequeno texto de pouco mais de cinco parágrafos, são encontradas ideias como: “Quatro qualidades tornam a mulher digna de ser amada: a virtude, as palavras, o exterior, as ações”. Essas qualidades deveriam ser demonstradas de uma forma bem medida:

Importa que as palavras da mulher sejam honestas, brandas, bem calculadas; é necessário não ser muda nem faladora. Não deve dizer coisas baixas nem triviais, mas também não deve usar a linguagem afetada. Se tal a sua instrução que possa dissertar sobre letras, não queira ostentar erudição, pois nada é mais desagradável do que a mulher que faz a cada passo citações de história, dos livros sagrados, de poetas e literatura; é, pelo contrário, digna de estima, sendo instruída, se não fizer discursos fúteis, se falar de letras e ciências com sobriedade e por mera condescendência para com aqueles que a interrogam¹⁶⁷.

E cada vez se aproximando mais dos apontamentos trazidos de Joana Maria Pedro, se destaca: “A mulher só deve praticar ações honestas e decentes, para satisfação do marido e bom exemplo do filho e serviçal. Deve fazer tudo em devido tempo, sem todavia ser escrava da ocasião, sem precipitação nem preguiça, atenta sem desassossego, graciosa afetação”¹⁶⁸. Para além das informações tácitas trazidas em relação ao tema explorado, em outro sentido, pode ser identificado outro aspecto importante sobre a existência de tais ideias em Porto

¹⁶⁴ Ibid. p. 299.

¹⁶⁵ A Gazeta de Porto Alegre, jornal que circulou por 5 anos e meio em Porto Alegre (1879-1885), foi fundada pelo empresário, político, jornalista e escritor Carlos Von Koseritz. Era maçom, anti-católico (conforme também percebido em alguns artigos do jornal) e adepto da monarquia, sendo amigo de D. Pedro II. Porém, não resistiu ao novo regime em suas atividades jornalísticas. Também se engajou no processo de emancipação de escravos. Ver: SPALDING, Walter. *Construtores do rio grande*. Porto Alegre: Sulina, 1969-1973. 3 v.

¹⁶⁶ A GAZETA DE PORTO ALEGRE. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS. 15 de jul. de 1881.

¹⁶⁷ Id.

¹⁶⁸ Id.

Alegre: esse pensamento sobre o papel social da mulher se encontrava, já em 1881, divulgado nos veículos de comunicação da cidade, ou seja, há quase uma década antes da implantação do projeto positivista do PRR. Tais ideias, por partirem de um jornal que mantinha um estreito relacionamento de camaradagem com a maçonaria, que por sua vez estava intrinsecamente ligada com o pensamento positivista, mostram-se, assim, como a base do ideário que seria propagado com maior intensidade a partir de 1890, conforme identificado em passagens retiradas de jornais, trazidas por Joana Pedro, em seu texto¹⁶⁹. São inúmeros os outros exemplos existentes, encontrados nos jornais do período analisado¹⁷⁰, no modo trazido¹⁷¹.

Neste sentido, se as diferenças de gênero que definiam a mulher, seu comportamento e o papel social a serem assumidos já exerciam grande pressão sobre as mulheres tidas como ideais naquela sociedade (mulheres brancas das classes sociais mais altas), estas diferenças seriam intensificadas, tal como indicado por Joan Scott, quando fossem consideradas as categorias classe social e etnicidade. Em outras palavras, quando as mulheres estivessem, *a priori*, fora do modelo ideal previamente definido. Logo, mesmo que a invenção da “imagem feminina de ociosidade, dependência, frivolidade, passividade”, tal como colocado por Soihet¹⁷², não seja uma realidade prática principalmente nas vidas das mulheres das classes subalternas, estas não ficariam imunes àquelas ideias.

Observadas estas importantes questões, agora direcionando a análise especificamente para as mulheres que faziam parte da população subalterna de Porto Alegre, são trazidos alguns textos específicos que ajudam a entender como o contexto anteriormente observado, se relacionava com o grupo de mulheres aqui analisado. Tal grupo, composto pelas mulheres pobres da cidade, cabe-se dizer, engloba mulheres escravas, libertas, imigrantes e livres. Constituí-se, assim, por segmentos sociais heterogêneos, mas que, conforme será visto, possuíam vários traços comuns em suas vidas, para além de serem mulheres. Nesse sentido, um texto muito importante sobre parte do mundo público e de trabalho das mulheres da classe

¹⁶⁹ A autora utiliza excertos dos jornais “*Mercantil*” e “*Gazetinha*”, ambos de Porto Alegre, após 1890. PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 299-302.

¹⁷⁰ GAZETINHA (década de 1891 até 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. A GAZETA DE PORTO ALEGRE (1880 - 1900). Op. cit.

¹⁷¹ No entanto, há de se registrar exemplos contrários a tais ideias, também encontrados na produção escrita do período. A própria *Gazetinha*¹⁷¹, em 1899, trazia um artigo, intitulado “*Voto da Mulher*”, elogiando as nações que até então permitiram o direito ao voto às mulheres. GAZETINHA. 4 de mar. de 1899. Outro exemplo no mesmo sentido é encontrado em livro, porém, já dentro do século XX¹⁷¹, onde o autor russo Akov Aleksandrovich Novikov contestou várias das ideias hegemônicas do período e anteriores (citando diversos autores), relativas à opressão social da mulher. NOVIKOV, Akov Aleksandrovich. *A emancipação da mulher*. 1. ed. Lisboa: Francisco Luiz Gonçalves, 1910. 197 p.

¹⁷² SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989. p. 166.

subalterna da cidade de Porto Alegre no final do século XIX, é o livro de Paulo Roberto Staudt Moreira: “Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre”¹⁷³. Buscando identificar e analisar os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre, Moreira se dedicará em um subcapítulo, de forma específica, às mulheres daquela classe:

A presença de mulheres populares é perceptível em praticamente todos os espaços urbanos, como temos visto até agora. Por motivos de trabalho ou lazer, podiam ser encontradas frequentando bares, passeando pelas ruas, lavando roupas junto ao rio e chafarizes e em festas nas praças públicas¹⁷⁴.

Para observar e examinar as condições de vida e de trabalho das mulheres acima indicadas, ciente da dificuldade enfrentada pelos historiadores em encontrar fontes que tragam informações sobre o cotidiano daquelas mulheres, Moreira se utilizou de processos criminais, que por sua vez, segundo o autor, tornam as mulheres mais visíveis ao olhar do pesquisador¹⁷⁵. Destaca-se, ainda, que na maior parte da análise realizada por Moreira, o olhar foi voltado, mais diretamente, para as prostitutas. Porém, o exame realizado pelo autor não deixa de trazer elementos importantes sobre a vida das demais mulheres da classe subalterna daquela sociedade.

Em uma parte importante do texto, por meio da análise realizada sobre os processos-crime, Moreira desenlaça algumas conclusões a respeito daquelas mulheres, tidas como meretrizes, em relação ao mundo do trabalho em que estavam inseridas:

As complexas combinações em termos de relacionamento, percebidas na documentação, nos fizeram questionar o uso das categorias como prostitutas ou meretrizes, daí a preferência pelo título *Casas de Mulheres*. Na maioria dos casos encontrados nos processos criminais que ocorriam em cenários rotulados pelas

¹⁷³ Trata-se da edição em livro da dissertação de mestrado de Paulo Roberto Staudt Moreira. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

¹⁷⁴ A dificuldade em se encontrar documentos que possam ser utilizados como fontes para resgatar a história das mulheres já foi apontada por diversos historiadores do tema. Isso visto que é da esfera pública, por muito tempo negada às mulheres, que a maior parte das fontes históricas provém. Dificuldade essa aumentada quando se trata das mulheres subalternas. Nesse sentido, ver: PERROT, Michelle. *Os excluídos da história: Operários, mulheres e prisioneiros*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Op. cit. (2009). p. 163.

¹⁷⁵ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Op. cit. p. 163.

autoridades como moradias de *mulheres de má nota*, os envolvidos não eram meros clientes, mas mantinham com as donas das casas laços de afetividade. As mulheres, em seus depoimentos, mesmo que as vezes se autodefinissem como meretrizes, apresentavam outras ocupações simultâneas: eram lavadeiras, costureiras, engomadeiras, criadas. Não estamos negando a atuação como meretrizes, mas contextualizando o trabalho feminino numa época de considerável mobilidade profissional¹⁷⁶.

Não se quer aqui, por meio do estudo de Moreira, dizer que as mulheres pobres de Porto Alegre, para além de desempenhar atividades de caráter doméstico em sua maioria, fossem também prostitutas. Entretanto, as ideias do autor são importantes para observar a complexidade do mundo social vivido pelas mulheres das classes mais pobres. Conforme observado por meio das considerações de Moreira, muitas das mulheres por ele analisadas, mesmo que rotuladas como prostitutas nos processos-crime analisados, talvez nunca o tenham sido, na realidade¹⁷⁷. Por outro lado, os apontamentos de Moreira trazem à tona a complexidade do mundo do trabalho das mulheres pobres, que poderiam exercer, de forma simultânea, as mais diversas atividades, sendo a grande maioria delas ligada aos serviços domésticos.

Nesta pesquisa, a verificação da ocupação das mulheres analisadas foi buscada em fontes distintas das utilizadas por Moreira. Procurando aprofundar e relacionar os dados obtidos por Paulo Moreira, em análise realizada sobre os ofícios das mulheres que deram entrada no hospital da SCMPA nos anos de 1883 e 1884, de um universo de 411 internações, somente 04 mulheres foram registradas como tendo um ofício: 2 colonas; 1 cozinheira e 1 enfermeira (possivelmente da própria SCMPA). As restantes, no total de 407, foram identificadas como “sem ofício”. Nota-se, assim, que as profissões registradas pela Santa Casa de Misericórdia sobre as mulheres lá entradas são caracterizadas como atividades de cunho doméstico, indo ao encontro do que foi observado por Moreira.

Analisando as informações sobre os óbitos ocorridos entre as mulheres da cidade de Porto Alegre nos anos de 1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895 (nesse arrolamento estão incluídos todos os óbitos registrados de mulheres, sem distinção de classe) são observados os seguintes ofícios e números, também de acordo com a denominação observada na fonte: contratada: 1; parteira: 1; doceira: 2; proprietária (não indica a propriedade): 2; engomadeira:

¹⁷⁶ Ibid. p. 173. Grifos de Paulo R. S. Moreira.

¹⁷⁷ Conforme Moreira, o rótulo de prostituta, era uma forma encontrada por seus ex-amásios de desqualificá-las perante os olhos da lei. Desse modo, muitas vezes a atuação dessas mulheres como prostitutas seria vista mais nos registros das fontes utilizadas do que na realidade vivida. Desse modo, tal apontamento demonstra a importância do pesquisador estar ciente dos potenciais e das fragilidades das fontes utilizadas. Ibid. p. 174.

3; quitandeira: 4; costureira: 7; cozinheira: 13; criada: 16; lavadeira: 17; serviço doméstico: 38; sem qualquer indicação de ofício (campo em branco): 4.474 óbitos. Com a exceção das “proprietárias”, duas senhoras com mais de 60 anos, denominadas como de cor branca, sendo uma delas provavelmente casada ou viúva de um Irmão da SCMPA (visto ter sido conduzida ao cemitério em um carro dos Irmãos da dita Instituição), encontram-se indícios de que todas as demais mulheres fazem parte da classe mais pobre da população da cidade. Isso ainda considerando que, conforme examinado pela pesquisadora Joana Maria Pedro ao se deter em análise específica sobre as mulheres de Porto Alegre no final do século XIX, o trabalho feminino somente seria visto com bons olhos pela sociedade (mais no sentido de se tornar uma necessidade) quando essas fossem pobres¹⁷⁸.

É muito provável que tantas outras atividades desenvolvidas por essas mulheres tenham sido negligenciadas pelos produtores das fontes examinadas. E entre essas, com muita possibilidade de veracidade, estaria incluída a prostituição. Conforme Paulo Moreira, dado que a prostituição não era uma atividade profissionalizada, não se encontrariam zonas específicas de prostíbulos na capital do Rio Grande do Sul. Desse modo, as “Casas de Mulheres” estariam disseminadas por toda a área central da cidade e, em menor parte, em seus subúrbios. Essas casas existiram de forma camuflada, misturadas junto às demais residências comuns¹⁷⁹. Por vezes, essas casas se formavam em locais que possibilitavam a atuação das mulheres pobres, tanto na prestação de serviços domésticos, como nos *serviços do amor*. Desse modo, zonas próximas aos ambientes de trabalho puramente masculinos, como os quartéis e porto marítimos (locais existentes em Porto Alegre que reuniam muitos homens, sejam da própria cidade como de vários outros lugares do Brasil e do mundo), se constituíam como um importante e lucrativo terreno para a realização de atividades de subsistência, seja por meio da realização de trabalhos domésticos, observado que aqueles homens viviam sem companheiras que pudessem auxiliá-los nessas atividades (tidas pelo imaginário social como *função de mulheres*), ou ainda, como amásias remuneradas.

Nesse sentido, Moreira se deteve com maior profundidade sobre esta situação de convívio social que aproximava algumas mulheres dos locais de convívio especificamente masculinos. Além disso, por meio dos processos analisados, o autor procurou realizar a análise a partir de determinadas denominações adjetivas que, visivelmente, eram utilizadas naquela sociedade como forma de detratar as mulheres. Designações essas que, por vezes,

¹⁷⁸ PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 299.

¹⁷⁹ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Op. cit.* p. 174.

inferidas a partir da cor da pele ou pelo fenótipo, eram relacionadas a conotações ocupacionais, tal como as denominações “china” e “paraguaia”, analisadas pelo autor¹⁸⁰.

Trazendo a análise para as informações encontradas nos livros de entrada de enfermos da SCMPA, se observará que aquela Instituição, por meio de seus escritvães, absorvia aquele linguajar advindo da população comum. Um exemplo disso poderá ser observado em algumas passagens registradas sobre Rosalina Valmaceda, que aos 26 anos de idade foi internada na Santa Casa de Misericórdia, em 1890, acometida por “blenorragia”. No registro de “ofício”, Rosalina é identificada como sem profissão. Mas na identificação da “cor”, o que consta é a denominação “china”. Dez anos antes da internação na SCMPA (1880) é encontrada a seguinte informação sobre Rosalina, no processo analisado por Paulo Moreira:

As relações entre as meretrizes e os marítimos tinham recíprocas facilidades materiais (sem com isso, é lógico, desconsiderar a paixão como cimento destes amasiamentos). O maquinista do vapor Henrique Dias, Joaquim Gonçalves da Cunha (39 anos, de Portugal), que dizia ser casado, declarou que, após ter desembarcado no dia 27 de junho de 1880, fez a barba, foi a uma venda e jantou no Hotel La Minuta, indo após à Rua Bela na casa da paraguaia Rosaura, onde dormiu. Em seu depoimento, Rosalina Valmaceda (16 anos, solteira, serviço doméstico, analfabeta) disse que: “conhece o maquinista de nome Joaquim, que lhe paga o aluguel da casa e com o qual entretém relações enquanto o vapor em que é empregado estiver estacionado no porto desta cidade”¹⁸¹.

Percebe-se assim que, desde o século XIX, na linguagem comum do Rio Grande do Sul, “china” pode ter uma dupla indicação: referir-se a uma cor similar à asiática (ou indígena), ou, no linguajar chulo, identificar as mulheres (através da denominação de cor ou fenótipo) que tinham comportamento sexual desregrado dentro da sociedade (de acordo com seus códigos morais), ou ainda, as que exerciam a profissão de meretrizes. Tais percepções sobre os significados em torno do registro da cor abrem a análise para uma problemática de

¹⁸⁰ Conforme o autor: “Junto aos quartéis, principalmente no Beco do Oitavo, encontravam-se várias casas ocupadas por mulheres quase sempre trabalhando em serviços domésticos (cozinheiras, lavadeiras, criadas em geral), as quais mantinham relações de vários tipos com os efetivos do Exército. Eram classificadas ou se auto-definiam nos processos criminais como meretrizes, chinas ou paraguaias, adjetivação esta que não era necessariamente dirigida àquelas nascidas no país vizinho, mas tinha conotações ocupacionais - meretriz -, misturadas com questões de cor - china ou indiática. Ao que parece, após a Guerra do Paraguai, passamos a encontrar mencionadas como sinônimo as classificações paraguaia e china. No processo 1372 (APERS - Maço 51), a ré Angela Maria de Oliveira era acusada de ter ferido em 2 de janeiro de 1879 seu ex-amásio, o pardo Victor (escravo). Enquanto uma das testemunhas a chamava de paraguaia e outra a indicava como ‘mulher indiática’, o ofendido a descreve como de ‘cor china’. Ângela, em seu depoimento, declarava ter 31 anos, filha legítima de Manoel e Maria, solteira, doméstica e ter nascido em Porto Alegre. Antes de qualquer deliberação, Angela faleceu na enfermaria, vítima de varíola, descrita como: cor indiática, cabelos corredios, olhos pardos, nariz rombo, rosto redondo e reforçada de corpo”.Ibid. p. 61.

¹⁸¹ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Op. cit. p. 190-191.

total interesse para essa pesquisa, extremamente importante para o entendimento do período e sociedade em questão e que também gerou fortes influências na produção do conhecimento médico-científico: trata-se das classificações de cor, tão caras para a sociedade brasileira e para os médicos brasileiros em suas pesquisas acadêmico-científicas, na segunda metade do século XIX. Tal análise também se torna importante ao considerar que algumas das principais fontes dessa pesquisa, os livros de óbitos e de internação da Santa Casa, são permeados pela indicação da cor dos indivíduos neles registrados, conforme já observado.

De certa maneira, essa preocupação em anotar a cor de seus internados talvez reflita a importância e necessidade, para aquela Instituição (talvez também para o seu grupo de médicos), bem como para o governo e medicina do período, da produção de estatísticas que considerassem a cor do indivíduo e as suas relações com as doenças. Por outro lado, não se pode esquecer que os dados de internação e de óbitos dos hospitais e Santas Casas de Misericórdias eram recolhidos pelas repartições ligadas à saúde e higiene do governo, para a produção de relatórios. E ainda, de acordo com o observado em publicações médico-científicas do período, apontamentos desse tipo, realizados em clínicas e hospitais, serviriam como balizadores das pesquisas que estavam sendo realizadas por aquela ciência. De outra forma, em um sentido mais secundário, o estudo sobre essa temática é de interesse no sentido em que venha, por meio dos registros encontrados nos livros de óbitos e de internação, contribuir como indicador da posição social daqueles indivíduos dentro da sociedade e de demonstrar como eram representados.

Um primeiro aspecto, que na verdade se divide em dois pontos importantes para a análise aqui pretendida, é o de que, no período analisado, as classificações por cor se davam, no mínimo, em duas esferas do social: uma, na linguagem oficial, observada a partir dos Censos realizados pelo Brasil Império (1872) e do Brasil República (1890). Esta teria um caráter mais abrangente e se daria de forma pré-moldada, visto que era levada à prática por meio de classificações pré-definidas. Porém, o processo de elaboração dessas pré-definições não deixava de estar permeado por extrema complexidade, conforme inferido por Ivana Lima ao analisar, principalmente, o Censo de 1872:

Percebe-se, a partir da linguagem oficial – expressão que não deve carregar qualquer razão única, ao contrário -, a estreita imbricação entre cor e condição social, sem que haja, porém, uma equação absoluta entre os termos. Essa mobilidade, incerteza, imprecisão, bem como a constante necessidade de anotar as exceções não devem ser desprezadas como simples incapacidade burocrática, a ser aperfeiçoada com o

decorrer do processo de centralização. Deve-se atentar para o fato de que a própria dinâmica social impunha essas características à atividade do recenseamento¹⁸².

Em outra esfera do social, como segundo ponto, ocorriam formas variadas de sistemas classificatórios que, talvez, possam ser rotulados como semi-oficiais. E seria dentre esses que estariam incluídas as classificações adotadas por instituições como a SCMPA. Dentro do que foi observado nessa pesquisa, ressalta-se que, ao menos o *sistema* classificatório utilizado pela Santa Casa não adotava a classificação, senão em parte, utilizada pela linguagem oficial brasileira produzida nos Censos, nos anos citados, conforme será demonstrado logo adiante.

Como segundo aspecto a ser considerado, percebe-se a co-existência de um sistema classificatório ligado ao linguajar da população comum. Este se constitui como uma espécie de sistema classificatório popular de cor, considerando a posição social do indivíduo ligada a traços de etnicidade, conforme visto na análise de Paulo Moreira sobre as denominações *meretrizes, chinas e paraguaias*. Por último, há de se considerar o aspecto humano individual em torno das escolhas de classificações e denominações utilizadas nos registros, isto é, as concepções pessoais de quem registrava a cor do indivíduo. Quando não produzidas pela linguagem oficial, observa-se que as classificações utilizadas poderiam variar de acordo com as percepções do escrivão (a escolha individual), muito possivelmente condicionadas pelas percepções do seu meio sobre as relações existentes entre a posição social e os traços de etnicidade.

Dessa maneira, nota-se que os critérios utilizados para a definição da cor estavam ligados a uma identificação social, que era variável e estratégica, de acordo com os interesses e das percepções do grupo ou de quem a realizava¹⁸³. Desse modo, são muito ilustrativas as palavras de Ivana Stolze Lima, ao sugerir uma forma de análise das classificações de cor coerente com a realidade específica examinada:

Procurando uma dimensão mais apropriada para analisar os códigos e práticas do momento histórico enfocado, propõe-se uma mudança de perspectiva. Inicialmente, evitar tomar essa questão como um dado natural, ou como uma questão invariável. Em segundo lugar, ao invés de perceber a história da formação da sociedade brasileira como composta por brancos, negros, índios e mestiços, conceber uma história dos termos branco, negro, índio e mestiço e tantos outros. Outro cuidado é não subestimar o léxico profuso de designações raciais, nem reduzi-lo a termos que

¹⁸² LIMA, Ivana Stolze. *Cores, marcas e falas: sentidos da mestiçagem no império do Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2003. p. 127.

¹⁸³ Id.

tornem pobre a dinâmica social. Tudo isso aponta, em síntese, para a historicidade e complexidade das percepções e classificações raciais¹⁸⁴.

Observa-se assim, que a denominação de cor não se tratava de uma simples identificação da coloração da epiderme humana, mas sim, de uma identidade atribuída aos indivíduos componentes daquela sociedade, na qual considerava também aspectos como riqueza ou status social¹⁸⁵.

Trazendo a análise para as fontes aqui utilizadas, nos livros de óbitos são encontradas as seguintes denominações, nos anos explorados por esta pesquisa: branca, china, indiática, morena, parda e preta. Nos livros de entrada de enfermos, no mesmo período, constam: branca, cabra, china, fula, indiática, morena, parda e preta. Analisando os dados dos Censos realizados pelo governo brasileiro na segunda metade do século XIX, observam-se as seguintes classificações: branco, preto, pardo e caboclo, em 1872; branco, preto, caboclo e mestiço, em 1890. Logo, verifica-se que as denominações de cor utilizadas pela SCMPA, apesar de trazer algumas das classificações que foram também usadas pelo governo brasileiro nos Censos, constituíam um leque bem mais variado de nuances. De outra maneira, foi também apurado que o uso das denominações registradas nas fontes da Santa Casa passou por variações quantitativas ao longo do período analisado.

É claro que dados de internação e de óbitos não são as melhores fontes para tal verificação, pois se tratam de registros de apenas uma parte da população de Porto Alegre. Por outro lado, são duas das poucas fontes que trazem tais informações. Dessa maneira, principalmente pelos livros de óbitos, que trazem a totalidade dos óbitos registrados na cidade, a verificação realizada em relação à variabilidade da aparição das classificações de cores nesses documentos se constitui como um indicador em potencial quanto ao uso e desuso das mesmas, no sentido de demonstrar os espaços de tempo em que aquelas expressões faziam sentido e se relacionavam com aquela sociedade. Nesse sentido, ao considerar que a análise por ora realizada observa as denominações de cor como construções e simbologias do mundo social em que viviam aquelas mulheres, tais denominações não podem ser avaliadas como

¹⁸⁴ Id.

¹⁸⁵ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 41.* Conforme Skidmore: “A riqueza ou status aparente do indivíduo (identificado por suas roupas ou seu círculo social imediato) também influenciaram a reação do observador, como indica o ditado brasileiro ‘o dinheiro embranquece’. Mas estes eram casos excepcionais, mais freqüentes entre mulatos claros”. SKIDMORE, Thomas E. *O Brasil visto de fora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. p.102.

uma realidade pensada a partir de matizes epidérmicas de cor. Caso assim fosse, constituir-se-ia em uma forma de análise um tanto simplificadora, desprovido grande parte da complexidade das relações daquela sociedade. Abaixo segue o levantamento realizado em forma de tabela, para fins de realização de algumas inferências:

Tabela 1: Denominações de cor atribuídas às mulheres, utilizadas nos livros de óbitos da SCMPA - Dados percentuais entre as cores por ano¹⁸⁶

Cor	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total geral
	%	%	%	%	%	%	%
Branca	49,05	51,97	51,66	54,31	56,96	53,86	53,45
China	0,57	0,90	0,14	0,10	0,00	0,00	0,22
Indiática	1,33	0,72	0,42	1,85	1,83	2,76	1,59
Mista	0,00	0,00	0,00	0,72	0,97	0,00	0,35
Morena	0,38	1,25	0,83	0,62	0,32	0,46	0,61
Não consta	8,33	4,66	1,94	0,31	0,00	0,46	1,99
Parda	22,92	21,33	24,79	22,18	20,06	24,40	22,56
Preta	17,42	19,18	20,22	19,92	19,85	18,07	19,22
Total geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Tabela 2: Denominações de cor atribuídas às mulheres, utilizadas nos livros de óbitos da SCMPA – Quantidade de óbitos por cor e ano

Cor	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total geral
Branca	259	290	373	529	528	468	2447
China	3	5	1	1	-	-	10
Indiática	7	4	3	18	17	24	73
Mista	-	-	-	7	9	-	16
Morena	2	7	6	6	3	4	28
Não consta	44	26	14	3	-	4	91
Parda	121	119	179	216	186	212	1033
Preta	92	107	146	194	184	157	880
Total geral	528	558	722	974	927	869	4578

FONTE: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Novamente tomando como exemplo a cor “china”, nota-se que esta foi cada vez menos utilizada com o passar da década de 1880 e que praticamente desapareceu na década de 1890 (com a ressalva de que se trata de uma amostragem de anos dentro do período analisado). E, talvez relacionado a esse decréscimo, verifica-se que a utilização da denominação “asiática” (que indicaria um fenótipo próximo aos das consideradas como chinas, dentro das descrições já observadas) praticamente triplicou ao longo dos anos. Nesse sentido, também não é de se descartar a utilização da cor “mista” no lugar da “china”, sendo

¹⁸⁶ Total geral de 4.578 registros de óbitos femininos. Percentuais arrolados por coluna, sendo assim, independentemente do aumento ou redução dos números de óbitos em cada ano, foram verificados os percentuais na relação estabelecida entre as cores para cada um dos anos.

curioso que a primeira passou a ser utilizada somente a partir do advento da República. Como outra forma de análise sobre tais dados, por meio da tabela número 2, tomando como exemplo as mulheres classificadas como de cor “branca”, se verificará um acentuado crescimento no número de óbitos no mesmo período, passando de 259 óbitos, em 1883, para 468 em 1895. Tal crescimento, na relação entre as cores (tabela 2), representou um aumento de mais de 4%. Em contrapartida, nota-se um relativo decréscimo no percentual de óbitos dos denominados como de cor “preta”, em relação às outras cores, a partir de 1890¹⁸⁷.

Trazendo a análise para os aspectos sociais em torno das denominações de cores, isto é, analisando-as como reflexos das classes sociais das quais aquelas mulheres faziam parte, torna-se importante trazer os óbitos por cores e o local de sepultamento, conforme consta:

Tabela 3: Local de sepultamento por denominação de cor entre as mulheres (total dos anos analisados) – Dados percentuais¹⁸⁸

Cor	Campo Santo	Entre-muros	Não consta	Total
	%	%	%	%
Branca	23,54	76,38	0,08	100,00
China	100,00	0,00	0,00	100,00
Indiática	80,82	19,18	0,00	100,00
Mista	87,50	12,50	0,00	100,00
Morena	46,43	53,57	0,00	100,00
Não consta	49,45	50,55	0,00	100,00
Parda	51,21	48,21	0,58	100,00
Preta	62,27	35,68	2,05	100,00
Total geral	39,19	60,24	0,57	100,00

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Tabela 4: Local de sepultamento por denominação de cor entre as mulheres (total dos anos analisados) - Dados por quantidade numérica

Cor	Campo Santo	Entre-muros	Não consta	Total
Branca	576	1869	2	2447
China	10	-	-	10
Indiática	59	14	-	73
Mista	14	2	-	16
Morena	13	15	-	28
Não consta	45	46	-	91
Parda	529	498	6	1033
Preta	548	314	18	880
Total geral	1794	2758	26	4578

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

¹⁸⁷ O que não quer dizer que morriam menos pessoas de cor “preta” do que nos primeiros anos da década de 1880, pois, se os percentuais forem observados em relação às linhas do quadro apresentado, se verificará que: em 1883, 10,45% (92 ÓBITOS) dos óbitos foram de pessoas denominadas como pretas, enquanto que em 1895 o percentual ficou em 17,83% (157 ÓBITOS).

¹⁸⁸ Anos de 1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895. Total geral de 4.578 registros de óbitos femininos.

Antes da análise sobre os dados das tabelas 3 e 4, é necessário realizar algumas considerações sobre os locais denominados como Campo Santo e Entre-muros do Cemitério da SCMPA, principalmente, sobre o primeiro. Já foi trazido que no Campo Santo (assim registrado nos livros de óbitos) se realizavam os enterramentos gratuitos, destinados aos pobres da população¹⁸⁹. Logo, obviamente, sabe-se que naquele local eram enterradas pessoas pobres. Entretanto, talvez por isso e por ainda outros motivos, tratava-se de um lugar intensamente estigmatizado: era conhecido como o “cemitério dos negros”¹⁹⁰, o que denota uma associação da condição social de pobreza à questões étnico-raciais (foi observado que não eram somente negros enterrados naquele local).

Havia, ainda, outros fatores que contribuía para o estigma social depreciativo que carregava o Campo Santo: também era conhecido como o local das “sepulturas rasas”. Os cadáveres lá enterrados poderiam permanecer no local somente por três anos, tempo mensurado para a decomposição dos corpos. Após o término desse prazo, conforme o artigo 22 do Regulamento do Cemitério, os ossos seriam retirados da sepultura, levados para um depósito e posteriormente queimados, sendo as cinzas removidas para cova profunda especialmente aberta para esse fim. Além disso, era neste local onde eram enterradas as vítimas de doenças epidêmicas, mormente, em valas comuns¹⁹¹.

Visto isso, são obtidos subsídios para a compreensão de alguns dos dados da tabela: mesmo o Campo Santo se constituindo como um local gratuito de enterramento, observa-se que a maior parte das mulheres foi sepultada “Entre-muros”, local onde estavam situadas as sepulturas arrendadas, perpétuas e, pode se dizer assim, mais ornamentadas e cuidadas do cemitério, sem correr os mesmos riscos das situadas no Campo Santo. Ora, observado o universo de estigmas que faziam parte dos significados em torno do Campo Santo, considerando, ainda, elementos trazidos por João José Reis em torno dos rituais fúnebres no Brasil do século XIX, dentre os quais o autor concluiu que a maior parte da população preocupava-se com uma “boa morte”¹⁹², infere-se a hipótese de que as pessoas fariam o

¹⁸⁹ Sendo necessário que os responsáveis pelo cadáver levassem até a SCMPA um atestado que comprovasse a pobreza do morto.

¹⁹⁰ Conforme trazido pelas Irmãs da Caridade. CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Documentação avulsa das Irmãs Franciscanas. p. 3. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

¹⁹¹ REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Op. Cit.

¹⁹² Para maior aprofundamento sobre os rituais fúnebres e o pensamento sobre a morte no Brasil do século XIX, sugere-se como leitura, além do texto de José Reis já trazido: REIS, João José. *A morte e uma festa: Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. 357 p.; e o premiado trabalho de Cláudia Rodrigues: RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos*:

possível para não serem enterradas no Campo Santo. Deste modo, em um mesmo sentido, denota-se que aquele lugar se constituiria como o local de sepultamento dos **mais** pobres da população.

Entendendo assim o Campo Santo, observa-se nitidamente, ao verificar um grande número de óbitos como consta na tabela, a relação entre a denominação de cor e o local de sepultamento: apenas ¼ das mulheres de cor branca foram enterradas naquele local, enquanto que, para as outras cores, principalmente as chinas, indiáticas, mistas e pretas a situação é invertida em maior ou menor grau. A cor, aqui, torna-se um importante indicador de classe e condição social e, ainda mais, das diferenças intraclasse. As pardas, entendendo o Cemitério da SCMPA como um microcosmo da sociedade porto-alegrense daquele período, parecem estar localizadas em uma faixa social mais próxima da pobreza, mas que aparentam transitar em maior número nas classes menos pobres da população, se comparadas às demais mulheres, tidas como *de cor*.

Em relação à naturalidade das mulheres analisadas, verificou-se que a ampla maioria era natural da cidade de Porto Alegre ou da Província/Estado do Rio Grande do Sul, conforme pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 5: Naturalidade das mulheres enterradas no Cemitério da SCMPA: relação por cor¹⁹³

Naturalidade ¹⁹⁴	Branca	China	Indiática	Mista	Morena	Não consta	Parda	Preta	Total
Africana	-	-	-	-	-	1	1	119	121
Porto Alegre	249	-	3	-	-	21	116	55	444
Rio Grande do Sul	1846	5	56	16	24	49	832	651	3479
Não consta	75	-	3	-	2	12	40	26	158
Outros Estados	48	-	4	-	2	4	29	26	113
Outros Países	229	5	7	-	-	4	15	3	263
Total geral	2447	10	73	16	28	91	1033	880	4578

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Ainda tratando mais detidamente sobre as pardas, nota-se que a maior parte delas, em relação ao todo (outras cores) e na proporção da própria denominação, é natural do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre, indicando pouca mobilidade geográfica para este grupo.

tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

¹⁹³ Dados referentes aos anos de 1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895.

¹⁹⁴ As informações sobre naturalidade foram sistematizadas de forma simplificada para fins de apresentação dos dados de forma mais inteligível. Nota-se que a naturalidade “Africana” foi mantida, devido ao grande número de mulheres pretas (relativo ao total de mulheres pretas) descritas com esta naturalidade. Importante constar que a denominação “Africana” encontrada na fonte, não indica o país de origem, somente, como se pode deduzir, o continente.

Entretanto, para a cor preta, salta aos olhos o número de africanas, constituindo quase 14% do total das naturalidades aferidas, o que possibilita pensar que muitas delas foram trazidas ao Brasil por meio do tráfico de escravos ou ainda antes da Lei Eusébio de Queirós (para verificar a naturalidade por idade das mulheres denominadas como pretas, vide tabela 20 no Apêndice A). Verificando a idade (vide tabela 21 no Apêndice B) destas africanas, observa-se que quase 90% se encontram em faixas etárias maiores que 55 anos (108 registros). 9,09% se encontram na faixa dos 35 aos 54 anos (11 registros) e pouco mais de 1% (2 registros) na faixa até os 14 anos. Na faixa entre os 15 e 35 anos não foram encontrados registros de africanas.

Até o momento foi tentado identificar que mulheres poderiam ser definidas como pobres em Porto Alegre no final do século XIX, bem como, detectar alguns dos traços sociais comuns existentes entre elas dentro do todo populacional da cidade. Para além de possibilitar a observação das condições sociais em torno das mulheres analisadas, a visão sobre estas características mais gerais ganha em importância quando forem examinadas mais detidamente as mulheres que buscavam o hospital da SCMPA para tratamento, o que será realizado na última parte da dissertação (em conjunto com a análise da morbidade e mortalidade). Visto isso, torna-se imprescindível versar mais detidamente sobre a SCMPA, que se estabelece como o lócus específico desta pesquisa. Ressalta-se, ainda em tempo, como será visto de maneira mais específica, que as Misericórdias, no decorrer do século XIX, exerciam importante papel em torno das relações entre os pobres da população e a medicina diplomada/científica brasileira.

3.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE PORTO-ALEGRENSE

Como primeiro passo para a tentativa de identificação e compreensão sobre o papel da SCMPA e das suas relações com a sociedade porto-alegrense de fins do século XIX, dá-se a necessidade de perceber como esta Irmandade se organizava e atuava na sociedade local, problematizando também, como era percebida pela mesma. O olhar será direcionado para os serviços prestados pela Santa Casa, mais detidamente, em um primeiro plano, à repartição do hospital, com a finalidade de perceber as suas relações específicas com a população pobre da cidade. Além disso, a análise dessas relações entre a Santa Casa e a sociedade local será

também permeada pelo exame de como a característica primária da Pia Instituição¹⁹⁵ - a de se constituir como uma irmandade leiga, mas de profissão católica e caritativa -, influenciava naqueles serviços. De outra maneira, objetivando criar subsídios para a análise da SCMPA como locus de produção e de ação da medicina científica (voltada para a medicina da mulher) na cidade, será também explorada a relação do hospital com o todo administrativo da Irmandade da SCMPA: os cargos existentes e como estes poderiam influenciar nas decisões dos processos do hospital. Entretanto, antes disso, com a finalidade de compreender melhor o papel da Santa Casa naquele período e naquela sociedade, é necessário explorar um pouco das origens daquela Instituição, observando pontos importantes da sua trajetória em relação às temáticas desta pesquisa.

3.3.1 Origens das Misericórdias

No Brasil, o estudo pioneiro que tem uma Misericórdia como locus específico de análise, ou ainda, como objeto, é o texto: *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755* de Russel-Wood¹⁹⁶. O autor, que enfocou a Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a sua inserção na sociedade baiana entre 1550 e 1755, foi um dos primeiros historiadores a demonstrar com mais profundidade as estreitas ligações de similaridade das Misericórdias brasileiras com as existentes em Portugal e outras espalhadas pelo mundo, dentro do Império Português na Ásia e na África¹⁹⁷.

Dentro do plano de fundo citado pelo autor sobre a criação das Misericórdias é ressaltada a pobreza, compreendida como uma resultante de fatores sociais e econômicos. Indica que a Idade Média na Europa foi um período de extremo sacrifício para as classes mais baixas, com alimentação precária devida a uma série de fatores, tais como: plantações voltadas para a cultura de subsistência, desastres com as colheitas, transporte deficiente para a circulação de alimentos etc. As doenças, principalmente sob a forma de pestes, conformavam outro ponto importante para o flagelo dos pobres naquele período, trazendo a morte com mais

¹⁹⁵ Pia Instituição: a Irmandade da SCMPA era assim descrita pelos seus membros, conforme observado na documentação por ela produzida, principalmente, nos relatórios da provedoria.

¹⁹⁶ RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

¹⁹⁷ Um estudo mais recente que também analisou relações de semelhança entre as Misericórdias de Lisboa e da Bahia, porém entre 1808-1851, foi: *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 – 1851)*, de Maria Renilda Nery Barreto. BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 – 1851)*. 2005. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, [2005].

facilidade para os corpos já fragilizados pela dieta insuficiente. Nesse cenário de intensa dificuldade de sobrevivência, o autor situa o surgimento das confrarias (origem das irmandades), preocupadas em proporcionar a assistência mútua. As confrarias também se preocupavam com os aspectos religiosos, porém, diferentemente das corporações, os seus membros não provinham de uma determinada classe ou segmento social/profissional¹⁹⁸.

Algumas irmandades privilegiariam determinadas formas de atuação dentro da sociedade da qual faziam parte: criação de hospitais, como se especializou a Confraria de São Leonardo em Viterbo; ou ainda, a Confraria de São Giovanni Decollato de Florença, que atuava principalmente no acompanhamento dos condenados à forca e no enterro dos seus corpos até o enterramento¹⁹⁹. Outras irmandades visavam auxiliar os pobres urbanos sob diferentes e variadas formas²⁰⁰. Por meio da análise da atuação assistencial caritativa da Confraria Nossa Senhora da Misericórdia (fundada em 1244), uma das mais antigas irmandades de Florença, Russel-Wood buscou elementos para a compreensão da fundação da irmandade homônima em Portugal, no ano de 1498, de acordo com as preocupações sociais daquele determinado contexto²⁰¹. Conforme o autor, a atuação da Confraria da Misericórdia na ajuda aos pobres, bem como, em períodos de peste e pragas, fez com que a reputação da mesma se consolidasse firmemente²⁰². De acordo com o observado de início, as Misericórdias fundadas em várias cidades do Brasil, estabeleceram formas de organização e de atuação

¹⁹⁸ As corporações seriam formadas grupos de artesãos, procurando proteger seus próprios interesses (ligados aos grupos específicos dos quais faziam parte, porém, sem ignorar aspectos religiosos em suas uniões). As confrarias seriam compostas “por homens e mulheres leigos que desejavam realizar obras de caridade cristã para com seu próximo [...] Comum a todas essas irmandades era a provisão do bem estar social dos irmãos e de suas famílias. Essa provisão consistia de dotes, esmolas, auxílio-encarceramento, tratamento hospitalar e funeral” RUSSEL-WOOD, A. J. R. Op. cit. p. 2.

¹⁹⁹ Prática essa adotada pela SCMPA, conforme exposto por Augusto Porto Alegre, ao trazer parte dos costumes da sociedade porto-alegrense em relação às execuções públicas, no final do século XVIII: “A Santa Casa certificava-se logo do dia da execução, afim de, como praxe estabelecida, esta instituição tomar à sua conta, desde tal momento, o sentenciado pobre, cujas últimas vontades, nos derradeiros instantes, davam-lhe direito a certas regalias; assim até o passadio melhorava, dandose-lhe [sic] vinho do Porto e pão de ló...”. PORTO ALEGRE, Augusto. A fundação de Porto Alegre. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906. p. 96.

²⁰⁰ RUSSEL-WOOD, A. J. R. Op. cit. p. 2-3.

²⁰¹ Conforme Russel-Wood, tratando sobre a origem da Santa Casa de Misericórdia: “A IRMANDADE de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia, foi consagrada no dia 15 de agosto de 1498 em uma capela da catedral de Lisboa. Segundo a tradição, os fundadores foram um grupo de leigos e um frade trinitário. A nova irmandade foi aprovada pela Regente D. Leonor e confirmada por seu irmão, o Rei D. Manuel I. Estabeleceram-se os estatutos e o número inicial de membros foi limitado a cinquenta nobres e cinquenta plebeus. O objetivo expresso da irmandade era proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados. Dessa origem modesta a irmandade, conhecida popularmente como a Santa Casa da Misericórdia ou simplesmente a Santa Casa, espalhou-se por todo o mundo de fala portuguesa. As filiais iam desde Nagasaki, no Japão, a Ouro Preto, no interior do Brasil. A história da Misericórdia somente é compreensível a partir do pano de fundo da história mais antiga da assistência caritativa na Europa”. RUSSEL-WOOD, A. J. R. Op. cit. p. 1.

²⁰² Ibid. p. 3.

muito similares às constituídas em Portugal²⁰³. Verifica-se assim, por meio das origens das Misericórdias no Brasil, o primeiro aspecto importante para esta pesquisa, oportunizado pelo estudo destas instituições: se constituem como irmandades relacionadas diretamente, por meio das suas ações caritativas, com a população pobre das cidades. Entre as Misericórdias do Brasil, privilegiou-se a atuação por meio da criação de hospitais direcionados aos pobres. Um dado extremamente importante para esta pesquisa em relação a esse serviço prestado pelas Misericórdias será observado por meio das ligações estabelecidas com o ensino da medicina no Brasil na segunda metade do século XIX, em que, mormente, os estudos práticos eram realizados nos hospitais de caridade próximos às faculdades de medicina existentes.

3.3.2 Origens da SCMPA

Tratando sobre as origens da SCMPA²⁰⁴ é trazida a passagem a seguir, que ganha ares de quase mitológica, escrita por Augusto Porto Alegre:

Achava-se de posse do governo do Rio Grande do Sul o brigadeiro Sebastião Xavier da Veiga Cabral da Câmara, quando José Antonio da Silva, por alcunha Nabos a 12²⁰⁵, teve a ideia da fundação de um hospital. Espírito Fervorosamente religioso, o pensamento aventado por José Antonio da Silva, começou a impressioná-lo de todo, envidando afanosamente a ultimação do ideal que o animava. Agindo sob tal impressão o simpático e preocupado devoto resolveu em determinados dias, vestido de balandrau²⁰⁶, esmolar para os pobres que achavam-se recolhidos à cadeia, aos quais decidiu dar em cada domingo, um caldo preparado em sua casa e feito com o produto das espórtulas obtidas entre o povo. Isto fê-lo [sic] sempre, com uma regularidade digna de aplausos. Dando-se o falecimento do incansável José Antônio da Silva uma preta sua vizinha, conhecida popularmente como Ângela Reúna continuou a missão daquele, tratando da fundação de um asilo onde dessem entrada todos os necessitados de tal recurso; estabelecido o hospital começou com

²⁰³ Deve-se também mencionar, conforme trazido por Charles Boxer, que as Santas Casas de Misericórdia, em conjunto das câmaras municipais, constituíam-se como as principais instituições estruturantes das sociedades fundadas pelo Império Português Ultramarino. BOXER, Charles R. O império marítimo português (1415-1825). São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

²⁰⁴ Para mais informações sobre a história da SCMPA ao longo da sua existência, sugere-se: FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*. Porto Alegre: Complexo Hospitalar Santa Casa, 2003. 195 p.

²⁰⁵ Sobre José Antônio da Silva, ou, *Nabos 12*, foram obtidas somente algumas informações esparsas, retiradas da internet, tal como segue, nessa passagem interessante retirada do blog de Letícia Vieira, ao comentar sobre ruas históricas de Porto Alegre: “A Bento Martins tinha uma parte que se chamava Jogo de Bola e depois Rua dos Nabos a 12, ‘apelido de José da Silva, botequineiro que vendia 12 nabos ao preço de um vintém’. Bem perto dali vinha a Rua Clara (João Manoel) de nome irônico por ser muito escura”.

[<http://tubianodocampo.blogspot.com.br/2009/06/restou-na-memoria.html>]. A autora não menciona de onde retirou a parte citada.

²⁰⁶ Antigo vestuário, com capuz e mangas largas.

preferência a ser frequentado por embarcações. Nesse meio modesto Ângela Reúna, a caridosa continuadora de *Nabos a 12*, tornou real a criação de um hospital porto-alegrense; exercia ela uma influência incontestada entre os homens do mar que votavam-lhe sincera afeição²⁰⁷.

Porém, Ângela Reúna, tão bem vista pelos homens do mar necessitados de ajuda, também não viveria muito tempo à frente dos trabalhos. A empresa iniciada por José Antonio da Silva seria continuada por Antonio José da Silva Flores e Luiz Antonio da Silva, também por meio de esmolas e proteção de alguns devotos “em bom número”. Em 1795, com a construção de uma enfermaria mais ampla, passaria a funcionar a primeira casa hospitalar de Porto Alegre, localizada “no largo da Forca, (Praça da Harmonia), encostada à colina do alto da Bronze”,²⁰⁸.

Conforme apontado por Augusto Porto Alegre, assim como também observado na bibliografia e documentos consultados, a SCMPA tem sua origem vinculada às obras de caridade que se desenvolviam na Vila de Porto Alegre entre o final do século XVIII e início do XIX. Cabe salientar que, para além das ações *mitológicas* de caridade de personagens como José Antônio da Silva, Ângela Reúna e outros que foram mencionados, a cidade de Porto Alegre já contava, no século XVIII, com irmandades leigas de práticas devocionais e assistencialistas. A primeira foi a Irmandade de São Miguel e Almas, em 1773, a segunda, do Santíssimo Sacramento (1774), a terceira, da Nossa Senhora do Rosário (1786) e a quarta, da Nossa Senhora da Conceição, de 1790. Conforme Tavares, as duas primeiras atenderiam aos membros do clero e da parcela econômica mais privilegiada da população. Nossa Senhora do Rosário atenderia aos negros e a da Conceição, aos pardos²⁰⁹. Nesse contexto se deu a chegada do Irmão Joaquim Francisco do Livramento em Porto Alegre, que tornou real as expectativas da criação de uma casa pública de caridade na cidade, sob os auspícios de uma

²⁰⁷ Os nomes de pessoas, títulos de livros e documentos foram descritos conforme grafia original. PORTO ALEGRE, Augusto. Op. cit. p. 106. Grifos do autor. Ver também p. 75 da dissertação de Ricardo de Lorenzo, onde são trazidas as mesmas informações, compiladas por Isidro Heredia e Tasso Faria, na década de 1940. LORENZO, Ricardo de. Op. cit. P. 75.

²⁰⁸ A percepção sobre esta parte do texto de Augusto Porto Alegre é a de que aquele autor procura demonstrar como a necessidade e vontade da instalação de um hospital em Porto Alegre teria surgido do povo, tendo como princípio máximo a caridade²⁰⁸, que por sua vez se refletiria no ideal principal da futura SCMPA. Não foram percebidos, na leitura do texto, os motivos para esse posicionamento. Porém, ao tratar da situação “atual” (início do século XX) da SCMPA, o autor deixa clara a sua simpatia para com a instituição, bem como, sua indignação com a provedoria de 1906. De qualquer modo, por meio das passagens trazidas, tem-se a impressão de que a ideia do autor é a de resgatar e/ou de reforçar os antigos ideais de caridade da instituição, para o período em que foi escrito o texto. PORTO ALEGRE, Augusto. Op. cit. Nota 45 (página XIX).

²⁰⁹ TAVARES, Mauro Dillmann. *Irmandades, Igreja e Devoção no sul do Império do Brasil*. São Leopoldo: Oikos, 2008. p.122.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, a exemplo de outras já fundadas no país²¹⁰. Partindo para Lisboa, após atestados liberados pela Câmara, Livramento fez o pedido de criação da mesma ao príncipe regente, em Portugal. A liberação foi concedida por resolução régia de 14 de maio de 1803.

No decorrer do século XIX, a Irmandade da SCMPA se tornaria a maior e mais influente Irmandade da cidade, isto, em grande parte, devido ao caráter e à amplitude dos serviços prestados àquela sociedade. Naquele mesmo ano da fundação, foi dado início para a construção do hospital. Porém, a construção das primeiras enfermarias foi repleta de percalços e interrupções, entre eles a morte de homens importantes envolvidos naquele processo. Em 1815 existiam duas enfermarias em funcionamento na Instituição e, naquele ínterim, já se desenhava que a administração dos expostos²¹¹ ficaria a cargo da SCMPA. Porém, seria por Lei, em 1837, que a SCMPA ficaria encarregada daquele serviço, recebendo subvenção anual do governo²¹². Nos anos anteriores, a administração dos expostos ficava a cargo da Câmara. Outra marca interessante que permeou o funcionamento da SCMPA e as suas relações com o governo durante o século XIX é dada pelo envolvimento da Instituição em contendas com os militares, devido ao estabelecimento da enfermaria militar em seus domínios. Em 1821, após uma série de embates, foi finalmente definido que o hospital militar seria anexado ao hospital civil da SCMPA, contrariando o provedor da gestão, o Conde da Figueira²¹³. Enfim, em 1826, o hospital é aberto. Os serviços prestados com os expostos e com o hospital tornar-se-iam grandes campos de atuação da SCMPA naquela cidade, sendo associados à própria natureza de existência da mesma.

Uma das características mais marcantes da SCMPA e das demais Misericórdias, para além da perspectiva religiosa vinculada e originada no catolicismo português²¹⁴, é a estreita relação que mantêm com as classes sociais mais ricas por um lado, e por outro, com as mais pobres. A primeira, por meio do abastecimento dos quadros de Irmãos que dão continuidade à

²¹⁰ PORTO ALEGRE, Augusto. Op. cit. p. 107.

²¹¹ Crianças que eram deixadas às portas da Instituição para serem criadas. Ver: FLORES, Moacyr. A casa dos expostos. Porto Alegre. *Estudos Ibero-americanos*. 1985, XI, (2) dez., 49-59.

²¹² “Art. 5º - A Santa Casa de Misericórdia se encarregará da criação e educação dos expostos na forma já estabelecida, aplicando para esse fim a subvenção ou auxílio que anualmente for consignado pela assembléa legislativa provincial”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit.

²¹³ PORTO ALEGRE, Augusto. Op. cit. p. 109-110.

²¹⁴ Conforme artigo primeiro do Compromisso da SCMPA: "Art. 1.º - A irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia de Porto Alegre, compõe-se de uma reunião de fiéis que se congregam debaixo dos auspícios e proteção da Virgem Nossa Senhora, Mãe de Misericórdia, advogada e Padroeira da dita Santa Casa e do seu Bemditíssimo Filho, Jesus Cristo Redentor, pai e remédio dos pecadores, a qual se denominará irmandade da Santa Casa de Misericórdia". COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Obra da Misericórdia, conformando assim, o segundo aspecto mais importante em torno da SCMPA para esta pesquisa, pois seriam os Irmãos, os responsáveis pela administração do hospital da Santa Casa. A segunda, conforme trazido, para a qual a SCMPA voltava quase que a totalidade de seus esforços e trabalhos, através da realização da caridade e assistência, principalmente, por meio do seu hospital²¹⁵. De outra maneira, no final do período analisado por esta pesquisa, isto é, no final do século XIX e início do século XX, se estabeleceria uma nova relação entre a SCMPA e a sociedade local: desta vez, servindo como lócus de prática para as aulas da recém-fundada Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre.

3.3.3 A SCMPA e sua relação com a pobreza

A SCMPA tinha o seu funcionamento regulamentado pelo “Compromisso da SCMPA”²¹⁶. Este Regulamento era aprovado sob a forma de Lei, publicada pelo Governo da Província. De acordo com a permissão de Misericórdia, a Instituição poderia então receber esmolas, legados e outros tipos de rendimentos. Caberia ao governador da capitania “animar, proteger e favorecer” o empreendimento, estabelecendo assim maiores vínculos entre a SCMPA e o governo da Província/Estado, ligação esta expressa e observada em diversos contratos, que por muitas vezes geraram momentos de forte tensão entre ambos²¹⁷. As esmolas, a subvenção do governo e outras fontes de rendimento, serviriam para a realização e manutenção dos serviços prestados aos pobres, mais detidamente o hospital, tornando-se a principal razão de existência da Instituição, conforme o Compromisso. As esmolas, concedidas por meio da caridade (tida como uma virtude), constituíam-se como a principal fonte de renda. O ato de dar esmola se estabelecia como uma forma de preservar o paternalismo do passado, sendo o pobre visto como um desamparado da sorte, um doente,

²¹⁵ De acordo com Gisele Sanglard: “Após o surgimento das instituições religiosas leigas, as doações passaram a ser destinadas a elas, que mantinham obras de caridade. Desse modo, as instituições leigas se tornaram, em certa medida, ‘mediadoras’ e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra da caridade”. Professora e pesquisadora do PPG em História das Ciências e da Saúde (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). Atualmente desenvolve o projeto de pesquisa: “Laços de sociabilidade: filantropia e sociedade no Rio de Janeiro da Primeira República”, sendo a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro um dos locais de sociabilidade analisados. Entrevista realizada com a pesquisadora durante a Missão de Estudos/PROCAD ao Rio de Janeiro, em 24 de out. de 2011. SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*. Santa Catarina, UFSC. v. 16, n. 22, 2009. p. 11-12.

²¹⁶ “Emendado e aprovado pela lei provincial n. 602 de 10 de janeiro de 1867, e correto de conformidade com a referida lei, pelo Exm^o. Sr. Provedor Marechal Luiz Manoel de Lima e Silva”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, Op. cit.

²¹⁷ Geralmente ligadas ao repasse e aos valores da subvenção provincial destinadas à SCMPA.

merecedor de compaixão, maquiando de certa forma, a origem das diferenças sociais existentes. Naquele contexto, de outra maneira, o ato de caridade também se apresentava como uma espécie de exposição pública benéfica e de consideração²¹⁸.

Ao procurar estudar os pobres da cidade, nesse caso, as condições de saúde das mulheres pobres também sob o ponto de vista médico-institucional do período, a SCMPA torna-se lócus privilegiado de análise, visto que o hospital se constituía como a principal obra “de caridade”²¹⁹. Denota-se, assim, a importância depositada pela Irmandade, dentro da realização de sua *Santa Obra*, sobre o hospital de caridade, destinado às pessoas de “reconhecida pobreza”²²⁰.

Desse modo, procurar-se-á brevemente, analisar com maior profundidade quem utilizava o hospital da SCMPA, fazendo uso dos livros de entrada de enfermos²²¹. Através destas fontes, é oferecida a possibilidade de se observar de forma mais nítida quem poderia ser considerado merecedor da caridade oferecida, ou ainda, quem deveria pagar pelos serviços médicos prestados. Por meio da identificação e da análise da “classe de internação”, é possível perceber aspectos importantes para a compreensão das relações existentes entre a SCMPA e a população da cidade. Com esta finalidade, foi realizado um levantamento das denominações encontradas, cruzando-as com o período em que foram utilizadas, considerando os anos de 1883 a 1892, por meio de uma amostragem²²²:

²¹⁸ WEBER, Beatriz Teixeira. Op. cit. p. 136. No mesmo sentido, ver também: SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*. Santa Catarina, UFSC. v. 16, n. 22, 2009. p. 11-12.

²¹⁹ Conforme consta no segundo artigo do Compromisso da SCMPA, de 1867: “Art. 2.º - O seu principal fim, e verdadeira instituição é o estabelecimento de um hospital de caridade para nele se exercer, e praticar as obras da misericórdia de preferência com aqueles de nossos próximos, que por suas enfermidades curáveis, e por sua reconhecida pobreza, carecerem dos socorros e auxílios alheios, para não perecerem ao abandono e miséria em que a sorte os houver colocado” Id.

²²⁰ Cabe mencionar que, apesar de ser voltada para os pobres, as outras classes também usufruíam dos serviços da Instituição, mesmo que de forma ínfima (em termos quantitativos) e quase imperceptível. Há indicações de que algumas das crianças deixadas na roda dos expostos seriam enjeitadas, por diversos motivos, seriam também deixadas por pessoas da elite da cidade. FLORES, Moacyr. A casa dos expostos. Porto Alegre. *Estudos Ibero-americanos*. 1985, XI, (2) dez., 49-59. De outra maneira, referente aos serviços do hospital, nos primeiros anos de existência da Sociedade de Beneficência Portuguesa, antes da criação de sua própria sede e de seu próprio hospital, havia um espaço exclusivo, dentro da Santa Casa, para o atendimento de seus sócios. A Sociedade foi fundada em 1854, em uma sala no prédio da SCMPA. RESUMO HISTÓRICO DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1854 – 1904. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

²²¹ LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 ao 9, 1883 – 1899.

²²² A amostragem foi realizada de forma aleatória, buscando somente o levantamento das mais diferentes denominações de classe de internação durante aquele recorte de anos, independentemente do sexo dos internados. Não foram estipuladas quantidades específicas de coleta para cada classe. O levantamento de dados previa a visualização de um panorama geral da identificação do sistema de “classes” de internação da SCMPA.

Quadro 1: Classe de internação na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Terminologias e período de utilização²²³

<i>Classe de internação: terminologias e período de utilização</i>
<i>* Cadeia (alguns poucos registros, de 1884)</i>
<i>* Guarda Civil (termo utilizado a partir de 1890)</i>
<i>* Imigrante (poucos registros, encontrados entre os anos de 1889 e 1890)</i>
<i>* Marítimo (denominação para classe utilizada da metade de 1884 até início de 1886)</i>
<i>* Particular (após 1887 não ocorreram mais registros de classe particular nos dados coletados)</i>
<i>* Pobre (todo o período [1883-1892])</i>
<i>* Polícia (termo utilizado de 1883 até 1890)</i>
<i>* Preso (termo utilizado até meados de 1887)</i>
<i>* Preso civil (passou a ser utilizado no final de 1886, perdurando até o início de 1892)</i>
<i>* Preso particular (último registro deste termo ocorrido em 07/07/1885)</i>

Fontes: Livros de matrícula geral dos enfermos N.º 5 (1883 – 1892). RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1885; 1889 – 1910). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Algumas das denominações não carecem de profunda pesquisa para serem compreendidas, já para outras, torna-se necessário recorrer a outros documentos. Neste recorte, assim como em todo o período analisado, a ampla maioria das internações na SCMPA é denominada como “pobre”, isto é, constituindo-se como atendimentos gratuitos, de acordo com a sua finalidade caritativa. Por meio dos relatórios da provedoria, é identificado que grande número das internações masculinas era composto por praças do exército, sendo essas enquadradas como “polícia” ou “guarda civil”. Como “imigrantes” eram registradas as pessoas recém-chegadas da Europa, mormente italianos e alemães. O termo “imigrante”, constituído como classe de internação, parece não ter tomado força, visto que antes e depois do período mencionado (1889-1890), vários imigrantes recém-chegados (percebido pelo alto número de pessoas internadas em um mesmo dia, de uma mesma naturalidade estrangeira, conforme consta nos livros de entrada de enfermos) eram enquadrados na classe “pobre”.

A denominação “marítimo” parece se remeter a todos os enfermos que exerciam profissão homônima. Porém, nem todo o indivíduo descrito em sua profissão como “marítimo” era enquadrado naquela classe, sendo que muitos destes, no mesmo período, foram internados na classe descrita como “pobre”. Considerando que nos outros documentos consultados não há nenhuma referência sobre esta classe de internação, é possível pensar que nela fossem enquadrados trabalhadores marítimos que prestassem serviços ou que estivessem ligados de alguma forma ao governo provincial ou imperial. Esses, possivelmente também

²²³ Este quadro, as tabelas e os gráficos desta dissertação, com exceção da tabela 9, foram elaborados pelo autor, conforme: GUIA DE APRESENTAÇÃO DE TESES. Tabelas, quadros e figuras. 2ª ed. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: [<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br>]. Acesso em jan. 2012.

não necessitariam pagar pelos atendimentos recebidos, tendo em vista a subvenção fornecida pelo governo da província para atendimento aos militares.

As classes denominadas como “cadeia”, “preso” e “preso civil” se referem aos enfermos assistidos pela SCMPA na enfermaria da cadeia civil. O tratamento médico fornecido aos presos (que incluía dietas e remédios aviados pela botica da Pia Instituição) não está descrito no Compromisso. De acordo com os relatórios da provedoria observa-se que a prestação desse serviço também estava incluída como requisito para a concessão da subvenção por parte do governo da província²²⁴. A denominação “preso particular” permite aprofundar um pouco mais a análise. Dentre nova amostragem realizada somente com as mulheres internadas entre os anos de 1883 e 1884, abrangendo qualquer motivo de internação²²⁵, foram identificadas quatro enfermas como “presa particular”. Ao verificar os nomes das enfermas, identifica-se: “Damaría, de João Antônio Marques”; “Claudina, de Luis Paulino de Moraes”; “Dionizia, de Varejão Porto”; “Idalina, de Laudelino P. de Barcellos”. Percebe-se que o nome da enferma é seguido pelo do seu senhor, indicando assim a condição de escravas. Além disso, na descrição da cor, todas são definidas como pretas. Considerando que havia a denominação simples de “preso”, pode-se deduzir que um “preso particular” haveria de pagar pelo tratamento.

Destes casos pode se entender que, sendo elas escravas, mesmo presas na cadeia civil, os senhores deveriam pagar pelo tratamento disponibilizado pela SCMPA. Porém, na mesma amostragem foram encontrados dois casos de mulheres que *foram* escravas de determinado senhor, conforme segue na descrição do nome transcrito no já referido livro de entrada de enfermos: “Maria, que foi de [...]”²²⁶; “Antônia, que foi de Albino Vicente”. Maria e Antônia, também definidas como de cor preta, foram incluídas na classe “presa”, indicando assim que o tratamento fornecido pela SCMPA foi gratuito. Denota-se desses dois casos que os respectivos senhores das referidas escravas, muito possivelmente, abandonaram-nas em determinado momento, após a condenação das mesmas. Desse modo, ao olhar da SCMPA, aquelas mulheres se tornaram aptas para o recebimento da caridade, ao contrário das escravas do exemplo anterior.

Em sentido semelhante ao trazido na análise dos presos particulares, a classe “particular” indica, em um primeiro plano, a necessidade de pagamento pelos serviços

²²⁴ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1888/1889. p. 9.

²²⁵ Amostragem esta realizada a fim de explorar os motivos de internação das mulheres na SCMPA.

²²⁶ Ilegível.

prestados pela SCMPA. Nessa classe eram incluídos, além dos livres que pagavam pelo tratamento, os escravos, que por sua vez constituíam a ampla maioria dos internados. Porém, para esses últimos, o pagamento pelo tratamento era de responsabilidade do senhor dono do escravo. A título de exemplo, na amostragem realizada, das 14 internações identificadas na classe particular, somente um homem tinha descrições que não o caracterizavam como escravo: João Ferreira de Magalhães Rhodes, cor branca, profissão maquinista. Em relação às internações femininas, dos 27 registros de entradas na classe particular, para todas as mulheres foram encontrados indicativos de que fossem escravas. Se já eram poucos os casos de internações particulares de homens livres, entre as mulheres eram ainda mais raros²²⁷.

Trazendo outro olhar sobre as classes de internação, observa-se que as diferentes denominações talvez reflitam, de certo modo, a disposição física do hospital e das enfermarias naqueles anos. No relatório de 1881, consta que em 1877 foi criada uma enfermaria específica para o tratamento dos “escravos particulares”²²⁸. Além disso, também existiam enfermarias para mulheres pobres, homens pobres, particulares livres, escravos, entre outras, demonstrando assim uma organização hospitalar mais voltada para as diferenças de classe social, condições de liberdade e gênero, do que para a nosologia ou para especialidades médicas.

Sintetizando o que foi visto, observa-se de um modo geral que a grande maior parte das pessoas que procuravam o hospital da Misericórdia de Porto Alegre era composta pelos mais pobres. No entanto, ao examinar as diferenciações existentes entre as classes de internação no interior do hospital, nota-se o quão heterogêneo é esse grupo mais pobre da população. E são estas constatações (em torno da relação da Santa Casa com os mais pobres da cidade) que fazem daquele hospital, para esta pesquisa, um lócus de extrema importância para a análise das condições de saúde das mulheres pobres da população e da medicina da mulher, e ainda, de como esta ciência se aproximou das mulheres mais pobres daquela cidade.

3.3.4 A SCMPA e a sua relação com a elite

²²⁷ Na amostragem realizada, foi dada atenção especial à classe denominada como “particular”, por se mostrar mais complexa dentro de suas peculiaridades. Deste modo, foi procurado realizar um levantamento de maior fôlego sobre estas internações.

²²⁸ RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1881.p. 4.

Durante o século XIX e ao menos até as primeiras décadas do século XX, naquela realidade, tornar-se um “Irmão” ou exercer algum cargo administrativo na Santa Casa de Misericórdia, era considerado um importante fator de prestígio e de ascensão social. Tanto que, para adquirir o status de Irmão, apesar de preencher um requerimento e pagar uma jóia, era também necessário que o requisitante tivesse ainda mais algumas “qualidades”. Dentre as qualidades descritas, identifica-se: ser homem, ter bons costumes, professar a religião católica apostólica romana, moralidade, entre outras. Porém, poderiam ocorrer exclusões caso algum dos membros da Irmandade se envolvesse em contendas criminais. Observado o conjunto dos atributos necessários para ingressar na Irmandade, pode-se dizer que a ampla maioria dos Irmãos da Santa Casa era formada pela elite cidadina. Era impedida a aceitação de Irmãos que tivessem sido escravos ou dos que fossem casados com mulheres negras²²⁹. Infelizmente não é sabido o número de negros que fizeram parte do quadro de Irmãos da SCMPA durante o século XIX. Porém, na década de 1890 constata-se a presença de um negro na alta administração da SCMPA: o Tenente Coronel Aurélio Viríssimo de Bittencourt²³⁰, primeiro escrivão da SCMPA, que exerceu o cargo de 1894 até, ao menos, 1900²³¹.

Os serviços prestados pela Santa Casa eram gerenciados pela alta administração da Pia Instituição, composta pelo provedor, vice-provedor²³², escrivão, tesoureiro e mordomos (existentes de acordo com as repartições da Instituição). Ressalta-se que os cargos da alta administração somente poderiam ser ocupados por membros da Irmandade, mediante votação, sendo que todos os Irmãos tinham direito ao voto. Após a posse dos eleitos, se constituía uma nova, assim denominada, “Mesa”. Conforme identificado no Compromisso da Pia Instituição, a composição de cada Mesa duraria um ano, quando seria realizada nova eleição²³³. Neste

²²⁹ LORENZO, Ricardo de. Op. cit. p. 82.

²³⁰ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Aurélio Viríssimo de Bittencourt - burocracia, política e devoção. In: GOMES, Flávio; DOMINGUES, Petrônio. (Org.). *Experiências da emancipação: Biografias, instituições e movimentos sociais no pós-abolição (1890-1980)*. Rio de Janeiro: Selo Negro, 2010. p. 83-108.

²³¹ RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1894 – 1900).

²³² Cargo existente a partir de 1892.

²³³ Porém, no relatório de 1891, observam-se modificações nesse sentido. Em agosto daquele ano, uma comissão passou a confeccionar projetos para novos Compromisso e Regimento interno. Visto o trabalho não ter sido concluído pela comissão (em outubro daquela folha), foram substituídos, sob caráter de emergência, dois artigos do Compromisso, sendo um deles: “Art.116: A mesa, a contar do ano de 1892 em diante, será organizada pela forma seguinte: Provedor, vice-provedor, 1º e 2º escrivães, dois procuradores, nove Mordomos e respectivos suplentes”. Anterior a esta alteração, a Mesa era composta por dez mordomos. Após, seria extinta a mordomia dos presos. Foram criados os cargos de vice-provedor (antes, na ausência do provedor o substituto seria o escrivão da mesa), segundo escrivão (antes existia somente um escrivão, denominado como “escrivão da mesa”) e, por fim, o de mordomo suplente (para cada uma das mordomias). Outra modificação importante que se deu nessa oportunidade, foi a aprovação de um novo período de tempo de duração das Mesas, de que tratava o “artigo 128”, passando para 3 anos. Conforme foi verificado, o compromisso de 1867 já teria passado por mais algumas reformas, pois, os artigos referidos pela provedoria em 1891, de acordo com o compromisso de 1867, nada têm de relativo ao conteúdo dos artigos substitutivos. Não foram encontrados compromissos mais recentes

ponto, é interessante pensar sobre o que representava para um Irmão ocupar algum daqueles cargos. Se fazer parte da Irmandade da Santa Casa por si só já garantiria título honorífico com significado de alto status social, tornar-se membro da alta administração poderia elevar o indivíduo em questão a um dos postos mais altos (em termos de representação de poder) daquela sociedade²³⁴. No entanto, observa-se que para esta análise, mais importante do que essas questões em torno do significado de ser Irmão ou de ocupar um alto cargo na Irmandade, é o exame de como esses cargos da alta administração refletiam, por meio de suas funções, na organização e nos serviços do hospital administrado pela Santa Casa (principalmente quando esses cargos eram ocupados por médicos). Passa-se então, para a análise dos mais importantes postos da administração da Pia Instituição (incluindo o hospital), e das atribuições definidas para cada um deles.

Tratando mais especificamente do cargo de provedor, para alguém ocupá-lo, já deveria ser Irmão e ter transitado pela alta administração da Casa, e ainda, ser muito bem conceituado por aquela elite em sua atuação naquela sociedade (isto é, dentro e fora da Irmandade)²³⁵. É claro que da Irmandade para a sociedade local e no fluxo contrário, se estabeleciam redes de contato entre os membros daquela elite que, por sua vez, influenciariam na decisão de quem poderia ocupar tal cargo. Isto ainda considerando que caberia ao Irmão provedor indicar os nomes dos que concorreriam ao cargo de mordomo(s) e do provedor da nova Mesa. Observadas estas prerrogativas para a realização das eleições, nota-se a importância que adquire uma rede social de vínculos para quem pretendesse ascender aos cargos da alta administração da SCMPA. Dessa maneira se infere que as relações particulares ocupavam

(do que o de 1867), para consulta, no Arquivo da SCMPA. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit. Art. 159. As eleições deveriam ocorrer, sempre, no dia 1º de dezembro. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1893. p. 17.

²³⁴ Gisele Sanglard e Bárbara Damasco, em pesquisa voltada para a análise da filantropia no Brasil e das relações estabelecidas entre a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro com a sociedade, analisam aquela Irmandade como locus privilegiado para a observação de quem compunha a alta sociedade (elite) daquela cidade. Dentro desse estudo que está em andamento, as autoras obtiveram resultados prévios indicando que os cargos mais altos daquela irmandade (alta administração, principalmente o cargo de provedor ou de mordomo) refletem a posição do indivíduo naquela sociedade e vice-versa. Desse modo, as pesquisadoras percebem “o vínculo com a Irmandade como um elemento que conferia status”. DAMASCO, Bárbara; SANGLARD, Gisele. *Filantropia e saúde nos hospitais da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1909-1929)*. In: 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/barbara_silva.pdf

²³⁵ Vide os artigos que tratam sobre a admissão do provedor: “Art. 39 – Não poderá ser provedor pessoa que não seja irmão, e tenha já servido e ocupado alguns dos cargos de oficial da mesma, que tenha adquirido notícia do governo geral da casa, salvo a exceção prevista e estabelecida no artigo 17. Art. 40: Para ser eleito provedor é preciso que, além das qualidades do artigo antecedente, tenha o irmão 30 anos completos de idade, seja de reconhecida prudência, virtudes e reputação, de sorte que os outros irmãos o façam reconhecer por cabeça e respeitar como chefe, e que suas ocupações o não impeçam de empregar-se com assiduidade no exercício do emprego. O provedor eleito é obrigado a servir um ano”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit.

papel essencial para a definição dos maiores postos dentro daquela Irmandade. Tratam-se assim, de escolhas baseadas em uma espécie de solidariedade social que não deixa de considerar os aspectos das relações particulares daqueles indivíduos.

Visto dessa forma, o cargo de provedor significaria, para seu ocupante, deter uma forma de poder que excedia, e muito, as atribuições de seu posto dentro da SCMPA. Logo, o indivíduo que ocupasse tal posição, pela importância simbólica do cargo que possibilitava maior poder de influência²³⁶, poderia obter uma série de benefícios, simbólicos²³⁷ e materiais, dentro daquela sociedade e rede de contatos da qual fazia parte (podendo ainda, por certo, ampliá-la). De outra maneira, o pretendente a tal cargo ou dos demais postos da alta administração da Santa Casa, deveria também gozar de um relevante carisma entre os membros da Irmandade e, mais especificamente, dos que faziam parte da sua rede social de interesses mais específicos. Logo, visto de outro modo, o pretendente a tal cargo que estivesse dentre os três escolhidos para participar da votação, certamente já gozaria de certa influência em suas redes de interesses e convivência.

Voltando o olhar para as atribuições do provedor, pesaria a ele a responsabilidade máxima administrativa e econômica da Instituição²³⁸. Entre as diversas competências e deveres do provedor, estariam mais relacionadas ao hospital: mandar recolher às enfermarias os doentes que na forma do regulamento interno se apresentassem legalmente habilitados; fiscalizar todas as repartições da Santa Casa e a conduta e o comportamento dos empregados, obrigando-os ao cumprimento dos seus deveres; suspender os empregados “*estipendiados*”, que depois de advertidos continuassem a ser omissos e negligentes no cumprimento dos deveres ou que lhe faltarem respeito; mandar fazer despesas que forem indispensáveis em benefício do estabelecimento; apresentar à nova Mesa um relatório por escrito do estado da Santa Casa durante o tempo que serviu; comparecer todos os dias no edifício do hospital, para o fim de visitar suas repartições e enfermarias, demorando-se nelas o maior tempo possível para providenciar as necessidades ou faltas que se mostrarem²³⁹.

²³⁶ Que não deixa de ter relações com posses materiais, visto que não seria qualquer um que poderia ocupar tal cargo, e ainda, que o ocupante, por sua influência, poderia tirar proveito econômico-material da posição.

²³⁷ Talvez a obtenção de outros cargos, seja na própria SCMPA em anos posteriores ou na política, empresas etc. de acordo com os negócios e atividades desenvolvidas pelos membros da rede.

²³⁸ Conforme segue: “Art. 38: O irmão provedor é o primeiro funcionário da irmandade, e sobre ele pesa a maior responsabilidade do governo administrativo e econômico e interno da Santa Casa, como seu primeiro fiscal e nesta qualidade toma a precedência em todos os atos da mesma irmandade, quer em corporação, quer em delegação”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit. Art. 38.

²³⁹ Ibid. Art. 43, do primeiro ao 15º parágrafo.

A relação dos deveres do provedor demonstra que não havia decisão que não passasse pelo crivo de quem ocupasse tal cargo. Por outro lado, observa-se que toda a decisão, também deveria passar pela Mesa. Logo, é importante considerar que, quanto mais coesa a visão dos membros da Mesa, maiores seriam as chances de se realizar determinadas ações. Mas claro que, considerando a forma como eram realizadas as eleições, parte-se do princípio que a própria composição da Mesa, ou melhor, dos candidatos à formação da Mesa, era conformada de modo mais ou menos homogêneo.

O segundo cargo mais importante da Santa Casa, antes da criação do de vice-provedor, era o de escrivão da Mesa. Para este, dentro do período analisado, não foram identificados médicos como seus ocupantes. Porém, é importante observar algumas das características do cargo e a sua relevância para o funcionamento da SCMPA. Conforme o capítulo VIII do Compromisso que trata do cargo, a este pesava toda a responsabilidade da escrituração e contabilidade da Santa Casa²⁴⁰. Pelo que foi identificado nas fontes consultadas, esse seria o cargo da alta administração, juntamente com o de tesoureiro, que mais requereria conhecimentos técnicos por parte de seu ocupante. O tesoureiro da SCMPA seria “o terceiro funcionário da Irmandade, e tem sobre si a responsabilidade das somas que receber e despender”²⁴¹.

Voltando a tratar das posições mais estratégicas em relação ao hospital, os mordomos podem ser identificados como os administradores específicos das diversas repartições da administradas pela Irmandade. Havia, assim, mordomias específicas para as seguintes repartições: hospital, capela, botica, presos (extinta em 1891), testamentos, expostos e cemitério. Com a exceção do hospital que em cada Mesa nomeava quatro mordomos, todas as outras repartições contavam somente com um mordomo. Tratar-se-á aqui mais detidamente da mordomia do hospital. Cada um dos quatro mordomos ocuparia a função por três meses dentro de um ano. Caberia ao mordomo o governo administrativo, econômico e interno do hospital. Este deveria visitar o hospital diariamente para observar o tratamento disponibilizado aos enfermos (incluindo a verificação de dietas, limpeza, conduta e serviços dos enfermeiros e serventes, pontualidade dos funcionários etc.). Deste modo, infere-se que todos os funcionários do hospital eram subordinados ao mordomo. A compra dos itens necessários ao hospital (de roupas a comida, de móveis a instrumentos médicos) seria feita pelo mordomo, devendo obter o menor preço possível para a efetivação da compra. Como

²⁴⁰ Ibid. Art. 44.

²⁴¹ É importante destacar que a grafia nas citações dos documentos/fontes utilizadas nesta dissertação foi atualizada, mas manteve-se a pontuação original. Ibid. Art. 57.

última função, caberia ao mordomo requerer, diariamente, um mapa do movimento do hospital²⁴².

Como pode ser percebido, trata-se, possivelmente, do cargo mais importante em termos de detenção de poder, dentro do hospital. Porém, é um tanto estranho que uma posição tão estratégica tenha sua ocupação renovada de três em três meses. Mesmo que a escolha dos quatro mordomos ocorra em uma mesma eleição, essa alta rotatividade de indivíduos ocupando um mesmo cargo poderia acarretar dificuldades na administração do hospital e das suas enfermarias. Sendo assim, com a circulação de diferentes pessoas nesse posto em curtos intervalos de tempo, por mais que os quatro mordomos eleitos tenham ideias próximas quanto às ações a serem realizadas, é difícil pensar que um projeto de gestão de longo prazo pudesse ser efetivamente colocado em prática e, muito menos, finalizado. Esta observação ganha em importância ao se verificar que as atividades desempenhadas pelos mordomos seriam de caráter essencial para o funcionamento do hospital. Porém, mais estranho do que esses apontamentos foi verificar que este cargo, na ampla maioria das vezes, esteve ocupado por pessoas alheias à profissão da medicina e, por consequência, a uma gama de assuntos relacionados às atividades desenvolvidas no hospital.

Para além desses indivíduos se mostrarem, na grande maioria das vezes, estranhos ao conhecimento necessário para a função, parece que a intenção era a de que esses homens não criassem vínculos muito intensos e permanentes com a repartição. Dessa forma, não se pode desconsiderar que o pouco tempo de permanência na função (o que impossibilitaria ter uma boa noção do que se passava no hospital) e o desconhecimento técnico das atividades desenvolvidas por aquela repartição, poderiam ocasionar decisões arbitrárias e equivocadas por parte do mordomo. Sem falar que esse pouco domínio de conhecimento das funções do hospital poderia fazer com que o mordomo simplesmente aceitasse as indicações de funcionários subalternos, mais conhecedores dos processos rotineiros das enfermarias. Nesse sentido, é importante também mencionar, conforme observado nas fontes disponíveis, que as repartições da Santa Casa se organizavam por regimentos internos, incluindo o hospital²⁴³. Infelizmente, não foram encontradas cópias desses regulamentos no arquivo da SCMPA²⁴⁴.

²⁴² Ibid. Capítulo XIII.

²⁴³ No relatório da provedoria referente ao ano de 1891, o provedor relata sobre comissão montada para a realização de um novo Compromisso e de novos regulamentos para a SCMPA, mesma oportunidade em que foram reformados os artigos 116 e 131 do Compromisso, conforme já exposto. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1893. p. 17.

²⁴⁴ A procura foi realizada de forma insistente, juntamente ao corpo funcional e gerencial do Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Passando para a análise dos demais cargos do hospital, por meio do exame seriado sobre os relatórios da provedoria, foi verificado que a partir do ano de 1884 apareceria a figura do médico-diretor do hospital. Conforme observado, o que parece ter ocorrido com o advento da função de médico-diretor é que possivelmente as atribuições do cargo de mordomo do hospital passaram por modificações ou, ao menos, foram relativizadas com a criação daquele outro posto administrativo no hospital. Porém, outro problema que ocorre é o de não ser possível, pela falta de documentos disponíveis, delinear quais eram as reais funções do médico-diretor. No entanto, a partir de 1893, com as Irmãs Franciscanas assumindo a administração das enfermarias, muito provavelmente a amplitude dos poderes do mordomo do hospital e do médico-diretor seria revista, se não no papel, ao menos na prática das atividades²⁴⁵.

Neste capítulo foram examinados os principais traços do contexto sobre a população e o local abordados por esta pesquisa, o que servirá de base para a análise mais densa sobre o problema explorado por este estudo. Como um dos principais apontamentos sobre o que foi tratado, verificou-se que a Santa Casa de Misericórdia estabelecia laços com a população mais rica e influente por um lado, e por outro, com a mais pobre. Não se pode esquecer que, entre os mais ricos, também se encontravam os médicos que atuavam no hospital da Pia Instituição. Logo, sob outra forma de olhar, percebe-se por esta característica que a Santa Casa tornou-se um espaço de nexos, por meio dos serviços de caridade que prestava à população (aqui enfocando o hospital de caridade), entre os pobres da cidade e a medicina científica, institucionalizada, do período. Para este estudo, mais especificamente, entre as mulheres pobres de Porto Alegre e a incipiente medicina da mulher que ganhava força naquele hospital nas últimas décadas do século XX. O que será tratado, mais detidamente, a seguir.

²⁴⁵ Em uma das tentativas da provedoria da SCMPA tentar trazer Irmãs para tal serviço (em 1883, quando foi tentada a contratação das Irmãs de São Francisco de Paula), uma das prerrogativas contratuais das Irmãs, era de que o mordomo somente poderia entrar no departamento das mesmas, mediante autorização da Madre Superiora.

PARTE 2 A MEDICINA DA MULHER

Segundo Darwin, em quase todos os animais unissexuais, o adulto fêmea é muito mais parecido com o animal novo, jovem, do que o adulto macho. No gênero humano é fácil de verificar o princípio. Do nascimento até a puberdade os dois sexos marcham paralelamente em semelhança física; daí em diante começam a se afastar da primeira direção, o homem muito mais do que a mulher, que conserva muito do estado ante-pubertal²⁴⁶.

²⁴⁶ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1894. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011. p. 436.

4 AS MULHERES, PELA MEDICINA

Pretende-se, nesta parte da dissertação, a partir do que foi observado na definição das mulheres pobres e no papel da Santa Casa na sociedade local, identificar e analisar como estas mesmas mulheres (como parte de um todo de mulheres) eram observadas e atendidas no hospital da SCMPA, bem como, em decorrência, pela medicina diplomada brasileira do final do século XIX. No entanto, infelizmente, não existe disponível documentação produzida pela Santa Casa indicando como se dava o tratamento pormenorizado das mulheres naquela Instituição, durante o século XIX. Mas, a partir do exame sobre as fontes existentes, revelam-se alguns indícios sobre como a medicina da mulher se estruturava e era organizada naquele hospital, que por sua vez, configuram-se como informações importantes para o entendimento do problema estudado.

Porém, antes de tal verificação, tentando superar a lacuna mencionada, entendendo que a Santa Casa e os seus médicos não se encontravam à parte do contexto em que estavam inseridos, procurar-se-á entender o que era e como poderia se definir a medicina da mulher, naquele período, no Brasil. Nesse sentido, também será analisado como a medicina científica brasileira abordava as mulheres em suas pesquisas. Para tanto, torna-se não menos importante verificar os aspectos mais gerais em torno desse conhecimento científico no Brasil, o passo seguinte deste capítulo.

4.1 O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL

Conforme observado no importante e pioneiro estudo de Ana Paula Vosne Martins sobre a medicina da mulher²⁴⁷, verifica-se que tal especialidade médica, em seu início (século XIX), de um modo geral (considerando também os mais importantes países europeus do período) era conduzida principalmente por meio da obstetrícia e, pouco mais tarde, em

²⁴⁷ Martins, ao tratar sobre a construção da medicina da mulher no século XIX e XX, dialogando com os estudos feministas, analisa como o discurso médico-científico sobre aquela especialidade objetivou o corpo feminino dentro de um saber especializado e de que maneira desencadeou um processo de intenso gerenciamento sobre o mesmo, normatizando comportamentos femininos na sociedade. Trata-se assim de uma análise sobre a representação do corpo feminino, para aquela medicina, por meio de um discurso normativo, dentro do contexto da criação daquela especialidade. MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

conjunto da ginecologia. Na realidade, até grande parte daquele século, os partos eram realizados por parteiras práticas, nos domicílios das parturientes, sendo raras as intervenções médicas nesse momento da geração da vida. No entanto, tal situação passaria a se modificar aos poucos, principalmente a partir de meados dos oitocentos, com a figura do médico tornando-se cada vez mais presente na cena do parto. A ginecologia, ocupando-se principalmente de doenças uterinas e ovarianas, constituir-se-ia como um apêndice da obstetrícia até a metade do século XIX, isso porque os poucos médicos que tratavam dessas moléstias (naquele momento inicial, mormente as doenças e os problemas relacionados ao momento do parto) eram cirurgiões parteiros²⁴⁸. De acordo com Martins, de forma geral, a cirurgia ginecológica passou a ser realizada com maior frequência nas décadas de 1860 e 1870, anos em que os médicos cirurgiões passariam a dominar as técnicas que a envolvia. E essa situação não foi diferente no Brasil, alertando-se que, apesar de certas dificuldades, os médicos brasileiros não se encontravam atrasados em relação ao conhecimento e técnicas que se desenvolviam na Europa. Ainda segundo Martins, seria a partir do último quarto do século XIX que a ginecologia adquiriria estatuto próprio, diferenciando-se da obstetrícia²⁴⁹.

Neste ponto, o olhar se direciona para a formação e construção do conhecimento médico-científico da medicina da mulher no Brasil. Nesse sentido, ganha destaque uma importante modificação realizada no ensino médico, no início da década de 1880. Trata-se da reforma estabelecida pelo Decreto de 30 de outubro de 1882²⁵⁰, que criou cadeiras clínicas especiais para o ensino da psiquiatria, pediatria, dermatologia, sifilografia e oftalmologia, e instituiu legalmente a cadeira de clínica obstetrícia e ginecológica, já prometida pela reforma de 1854 e reclamada durante 28 anos pelas duas faculdades existentes no Brasil. Tal modificação foi bem aceita, visto que há muitos anos, conforme artigos observados na *Gazeta Médica*²⁵¹, professores/médicos das faculdades se ressentiam pela falta do ensino prático experimental e, ainda, de estrutura física para que este fosse realizado. Mesmo com a reforma,

²⁴⁸ Ibid. p. 119.

²⁴⁹ Ibid. p. 120. Para mais informações sobre os aspectos mais gerais em torno da criação e desenvolvimento da medicina da mulher, seja em nível mundial ou brasileiro, consultar os capítulos: “A Ciência Obstétrica”, “A Ciência da Mulher” e “A Obstetrícia e a Ginecologia no Brasil”.

²⁵⁰ O Decreto de 30 de outubro de 1882, assim como o de 12 de março de 1881, serviram para complementar a Reforma Leôncio de Carvalho, instituída em 19 de abril de 1879. Ver: SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil* (do século XVI ao século XIX). São Paulo: Brasiliense, 1947. v.III. Parte II, capítulo I.

²⁵¹ Importante ressaltar que a luta dos médicos brasileiros por reformas que incentivassem o ensino experimental (clínico) nas faculdades do Império já vinha de longa data, conforme observado em publicações mais antigas da *Gazeta Médica da Bahia* (estas queixas, na maior parte das vezes, encontravam-se pulverizadas em artigos sobre temas diversos). Ver também o artigo: “As reformas do ensino médico no Brasil”, de autoria do ilustre Dr. Pacífico Pereira. Conforme o autor, tal Reforma iniciou “nas Faculdades de Medicina uma nova era, que há de caracterizar-se pelo desenvolvimento do ensino experimental, com todos os brilhantes resultados que o tem coroado nos países mais cultos”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jan. e mar. 1884. p. 300-312/401-415.

os hospitais de caridade continuavam a ser o lócus mais comum para a prática médica científica brasileira, sendo assim conduzida, por consequência, sobre os doentes das camadas mais pobres da população²⁵². Desse modo, conforme visto em diversos artigos publicados na *Gazeta da Bahia*, muitas das pesquisas realizadas por aqueles médicos em torno da medicina da mulher, tinham como objeto de análise, principalmente, as mulheres pobres da população.

As reformas no ensino médico realizadas no início da década de 1880 refletem, de certo modo, a importância dada à medicina da mulher pela ciência médica do período, no Brasil. E essa importância se mostrava cada vez mais aparente por meio da criação e separação das especialidades médicas que a envolvia. Dessa maneira, também não deve parecer estranha a ligação entre a obstetrícia e a ginecologia com a pediatria, conforme também poderá ser observado nas seções de trabalho dos congressos de medicina daquele período. Ressalta-se ainda que, nos hospitais, era comum que as crianças fossem tratadas na enfermaria de mulheres, fato que se dava na SCMPA até o final da década de 1890²⁵³.

Além destas modificações no ensino que estiveram direcionadas para a obstetrícia e ginecologia, a partir do final da década de 1880 passariam a ocorrer congressos nacionais de medicina e cirurgia que demonstravam o interesse da medicina científica brasileira com aquelas especialidades. Estes congressos, gradativamente, tornavam-se espaço de debate e apresentação de pesquisas em torno da incipiente ciência médica da mulher no país. Em 1888, no 1º Congresso de Medicina e Cirurgia do Brasil, realizado na cidade do Rio de Janeiro, ainda não havia seções de trabalhos específicas por tema, entretanto, de 28 trabalhos, dois estavam ligados à reprodução humana²⁵⁴. Já em 1889, no 2º Congresso de Medicina e Cirurgia do Brasil, também realizado na capital brasileira, o evento já contava com uma seção de “Obstetrícia, ginecologia e pediatria”²⁵⁵.

²⁵² Como exemplo, vide artigo intitulado “O tratamento da tuberculose e a Santa Casa de Misericórdia”. *GAZETA MÉDICA DA BAHIA*, jun. 1891. p. 529.

²⁵³ Nesse sentido, no relatório de 1892 é encontrada a seguinte informação, trazida pelo provedor, novamente ao destacar as melhorias necessárias para as enfermarias, ainda não realizadas pelo motivo de falta de espaço e de recursos: “[...] ainda não foi possível estabelecer a enfermaria especial dos Irmãos da Santa Casa, como preceitua o 3º artigo do Compromisso; a dos enfermos particulares de que trata o nº. 1 do artigo 15 do Regimento Interno; e a que convém criar para crianças, que atualmente são tratadas na enfermaria de mulheres”. *RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA*. Biênio de 1888/1889; 1890.

²⁵⁴ Sendo eles: “A ovariectomia no Brasil”, pelo Dr. Feijó Jr. e “Processos de proteção do períneo nos partos”, pelo Dr. Silva Santos. *GAZETA MÉDICA DA BAHIA*, jun. 1888. p. 571-573.

²⁵⁵ As discussões orais realizadas trataram sobre: 1 - Das ulcerações do colo do útero, sua frequência relativa no Brasil; causas que para isso ocorrem; tratamento curativo e profilático. 2 - Da alimentação e educação das crianças no Brasil; influência que esses dois fatores podem exercer sobre o desenvolvimento de moléstias ulteriores. *Ibid.* jul. 1889. p. 7-8. Não foi encontrada a relação dos apresentadores dos trabalhos.

O 3º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em outubro de 1890 na Bahia (foi o último realizado na década de 1890, o seguinte ocorreria somente em 1900, novamente no Rio de Janeiro), teve mais uma vez seus moldes modificados, com os trabalhos distribuídos em sete seções. A terceira seção foi intitulada “Oftalmologia, ginecologia, obstetrícia e laringologia”, não havendo referências sobre a especialidade de pediatria. De outra maneira, nestes congressos verifica-se, por meio dos títulos dos trabalhos, cada vez mais presentes nas pesquisas, questões ligadas às diferenças de “raça”, mais especificamente, na seção de ginecologia e obstetrícia²⁵⁶. Dentro dos assuntos tratados na terceira seção, constam as “memórias”: *Frequência relativa dos endometrites, suas causas, tratamento curativo e profilático; Frequência dos fibromas do útero e dos ovários no Brasil em relação às raças; Afecções puerperais mais frequentes na Bahia, suas causas, seu tratamento curativo e profilático; Valor relativo e resultados dos processos operatórios até hoje empregados no tratamento dos fistulas recto-vaginais.*

Também demonstrando o crescimento da preocupação médico-científica brasileira com a medicina da mulher, a partir de exame realizado sobre as produções acadêmicas das faculdades de medicina (principalmente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), verificou-se um grande número de pesquisas voltadas para aquela área da ciência médica, que se ocupava sobre a obstetrícia e a ginecologia²⁵⁷. Procurando explorar brevemente esta produção de estudos no Brasil sob um viés mais quantitativo, foi observado em análise realizada sobre os assuntos das teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia que no ano de 1883, de 60 teses, 12 encontravam-se ligadas exclusivamente à medicina da mulher: 2 sobre tumores no útero; 2 se ocupando do parto prematuro artificial; 1 tratando da ovariectomia; 3 sobre eclampsia e 4 relacionadas ao aborto²⁵⁸. Ressalta-se que os números

²⁵⁶ Ibid. abr. 1890. p. 437-435. No 1º Congresso, já se notava grande preocupação com a temática “raça” nos diversos campos da medicina. São destacados os seguintes trabalhos: “Estudo do campo visual das raças diversas do Brasil”, pelo Dr. Moura Brasil; “Influência das raças sobre a alienação mental”, pelo Dr. Teixeira Brandão. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jun. 1888. p. 571-573.

²⁵⁷ Alguns exemplos, para além da tese de Camillo: ARAUJO, Basílio Magno. *Modificações anatomo-fisiológicas da prenhez*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1884. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. CARVALHO, João Correia de Souza. *Das formas clinicas da endometrite e seu tratamento*. Dissertação (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1885. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. CRESPO, Julio Augusto Camacho. *Mecanismo do parto nas apresentações de face*. Tese (cadeira de Obstetrícia, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

²⁵⁸ Dados retirados da: GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. de 1884. p. 193. As relações das teses defendidas nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro também podem ser observadas nas memórias daquelas faculdades. Tais memórias encontram-se disponíveis nos Relatórios do Ministério do Império: RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888.

observados nesta amostragem (ano de 1883) demonstram-se como uma média constante se verificada a produção acadêmica nos demais anos das últimas décadas do século XIX.

Nesse sentido, identificam-se ainda outras produções que indicam a preocupação da medicina do período em torno de problemas ligados à gravidez, ao parto e puerpério. Destaca-se, primeiramente, o grande número de artigos específicos, nos periódicos médicos analisados²⁵⁹, em torno daqueles assuntos. A *Gazeta médica da Bahia*, já em 1882 contava com uma seção, intitulada “Obstetrícia”, que conforme acompanhado pela revista, a partir do final da década de 1880 passaria a se chamar “Gynecologia”. Nestes artigos, como exemplo, as preocupações específicas centravam-se em deslocamentos uterinos²⁶⁰, problemas de parto e pós-parto²⁶¹, casos de céfalotripsia e de cranioclasia²⁶², inventos e usos de instrumentos obstétricos e ginecológicos²⁶³, vacinação de mulheres grávidas contra a varíola²⁶⁴, problemas da relação entre consanguinidade e gravidez²⁶⁵, gravidez e casos obstétricos (diversos), entre outros²⁶⁶. Em suma, a partir destes exemplos, observa-se que são inúmeros os artigos publicados sobre doenças e complicações da gravidez, do parto e puerpério, nas páginas da *Gazeta Médica da Bahia* (privilegiada aqui nessa análise por ser possível observar maior

²⁵⁹ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico).

²⁶⁰ Artigo “Curalidade dos deslocamentos uterinos”, escrito pelo médico professor nova-iorquino, Dr. Mundé, com base na experiência de análise em 395 casos de deslocamentos uterinos GAZETA MÉDICA DA BAHIA, nov. de 1881. p. 226.

²⁶¹ Artigo: “Tratamento da hemorragia depois do parto”, escrito pelo Dr. C. W. Bellfield, de Bristol (Inglaterra), baseado na análise sobre um atendimento médico realizado pelo autor. Analisa a utilização de determinados procedimentos (como sonda, injeções) e remédios (perchlorureto de ferro de concentração normal). Ibid. p. 227.

²⁶² Artigo: “Casos de céfalotripsia repetida sem trações e de cranioclasia”, escrito pelo Dr. Pacífico Pereira, lente de anatomia geral e patologia da Faculdade de Medicina da Bahia, que posteriormente (década de 1890) se tornaria assíduo colaborador do *Brazil-Médico*. Texto baseado em um atendimento médico prestado pelo autor em 1881. Com detalhes, o autor relata em minúcias a forma como os procedimentos (céfalotripsia e cranioclasia) foram realizados. Ibid. jul. de 1882.

²⁶³ Artigo: “O forceps Tarnier em Vienna”, transcrito dos “Annaes de gynecologia” (de setembro de 1882), escrito pelo Dr. Pedro Paulo de Carvalho. Trata da evolução do instrumento inglês (aprimoramento de seus moldes, tornando-o mais prático e preciso), descrevendo vários casos de partos realizados com o auxílio do instrumento, que por sua vez, resultou no nascimento de “crianças vivas”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jan. de 1883. p. 320.

²⁶⁴ Artigo: “Vacinação e revacinação de mulheres grávidas” (extraído do relatório do Instituto Vacínico de Campos e Bourguoin, Lisboa). A doença era identificada como potencial causadora de abortos e óbitos de recém-nascidos e mulheres grávidas. Trata da incidência e ação da varíola sobre as mulheres grávidas, que resultaria no surgimento de outras complicações. A varíola é identificada como potencial causadora de abortos e óbitos de recém-nascidos e mulheres grávidas: O autor afirma a importância da vacina para as mulheres grávidas, tida como uma garantia de vida para a mãe e para os filhos. Ibid. maio 1883. p. 41.

²⁶⁵ Artigo “A propósito de nubentes consanguíneos”, escrito por Dr. A. Ricaldi da Rocha Castro. Nota-se a partir das ideias do texto que, apesar da percepção dos possíveis problemas da consanguinidade para a reprodução, as ideias médicas se misturavam aos preceitos morais estabelecidos pela Igreja, sendo estes invocados como forma de embasar os conhecimentos daquele médico sobre o caso analisado. Ibid. jun. 1883. p. 564.

²⁶⁶ Ibid. p. 569.

período de anos) e do *Brazil-Médico*²⁶⁷, o que possivelmente se estenderia para outros periódicos médicos do período existentes no Brasil.

Sobre os traços mais gerais dessas publicações denota-se, a partir da análise dos artigos, um grande esforço, por parte da medicina do período, em comprovar o conhecimento que se produzia por meio da demonstração de experiências empíricas (de acordo com as modificações no ensino médico das Faculdades de Medicina brasileiras do período), sejam de caráter quantitativo como qualitativo. Conforme também examinado, uma das grandes marcas destas produções é a de trazer as principais características sociais das mulheres estudadas, como poderá ser observado em seguida.

4.2 A ABORDAGEM DA MULHER

É importante iniciar observando que a medicina naquele período e no contexto social em que desenvolvia suas pesquisas, por certo, não se encontrava isolada da sociedade da qual fazia parte em termos da utilização de conceitos e incorporação de ideias, sobre as mulheres. Neste ínterim, poder-se-ia tentar realizar a análise da categoria mulher em duas partes, de forma separada: uma enfocando o olhar a partir dos costumes comuns da sociedade de um modo geral, no qual se enquadram as ideias hegemônicas sobre a mulher no período advindas de diversos setores daquela sociedade (que podem ser vistas pela literatura, imprensa etc.); e outra, a partir da medicina científica, por meio dos estudos produzidos. Porém, conforme dito, não entendendo a medicina como um ente criado e desenvolvido em separado do meio em que está inserido, identifica-se que ao se tentar realizar a análise dividida destas partes, criar-se-ia uma separação não existente naquela realidade. Desse modo, procurando dar inteligibilidade ao processo histórico analisado neste trecho da pesquisa, o exame se dará de forma conjunta, porém, sempre enfocando o olhar da medicina dentro do contexto social em que estava inserida.

Realizadas estas considerações, passa-se a investigar de modo mais aprofundado as relações estabelecidas entre esse pensamento mais amplo sobre as mulheres e o que foi

²⁶⁷ No *Brazil-Médico*, tomando o ano de 1891 como exemplo, destacam-se alguns artigos, no sentido aqui trazido: “Frequência das endometrites, suas causas e seu tratamento curativo e profilático”, pelo Dr. Pacífico Pereira; “Lápis contra a Endometrite”, por Terrier; “Aplicações do fórceps em sacroiliacas anteriores”; “Patologia do Hydrocele congênito”, por Verneuil; “Diferentes variedades de Hydrocele”, pelo Prof. Duplay. Ver: O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895.

produzido pela medicina científica brasileira no final do século XIX. Porém, uma análise dissertativa não pode ser conduzida somente a partir de fontes históricas, sem colocá-la em diálogo com os estudos existentes sobre o assunto. Desse modo, como é muito grande a quantidade de fontes do século XIX que trazem informações de como a sociedade brasileira, de um modo geral, e a medicina, de modo mais específico, observava as mulheres, há uma vasta literatura acadêmica²⁶⁸ que trata sobre o contexto maior das origens de tais conceitos e das ligações entre estas duas esferas.

Nesse sentido, o livro “*Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*”²⁶⁹, de Thomas Laqueur, é um trabalho que se tornou referência nos estudos sobre sexualidade, gênero e ciência, principalmente no que toca às origens dos preceitos utilizados pela medicina que estão relacionados com a diferenciação do papel social dos sexos. O autor procura demonstrar como se deu, após o final do século XVIII, a passagem de um modelo único de sexo, no qual o corpo feminino seria uma imperfeição em relação ao corpo masculino, para o modelo de dois sexos, diferentes e opostos. Esta transformação estaria intrinsecamente ligada aos avanços da ciência, que por sua vez, encontravam-se baseados em preceitos biológicos (principalmente pelo darwinismo²⁷⁰) para explicações sociológicas. Conforme as ideias do

²⁶⁸ Dos textos que refletem sobre e analisam esta temática, considerando a existência de infinita quantidade de material sobre o assunto, são aqui destacados apenas os mais ilustrativos para essa pesquisa, dentro das escolhas desse autor. Para além do livro de Rachel Soihet: LAQUEUR, Thomas. Op. cit. ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p. 133 – 152, jun. 2008. ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S201-S212, 2003. ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX, *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 17, 2002. RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1985. RIBEIRO, Luís Filipe. O Sexo e o Poder no Império: "Philomena Borges" *Luso-brazilian Review*, Vol. 30, No. 1, "Changing Images of the Brazilian Woman: Studies of Female Sexuality in Literature, Mass Media, and Criminal Trials, 1884-1992" (Summer, 1993), pp. 7-20. ENGEL, Magali. *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1989. PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

²⁶⁹ LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

²⁷⁰ Neste ponto, conforme apontado por Fabíola Rohden, ao tratar sobre a constituição da ginecologia como especialidade médica, o darwinismo exerceu grande influência para a ciência do período: “Não se pode deixar de mencionar o impacto da obra de Darwin nessa discussão. Afinal, ele havia definido que a sexualidade fazia parte do processo evolutivo da espécie [...] Os machos adquiriam os caracteres sexuais no processo de luta pela posse das fêmeas e, cada vez mais, foram divergindo delas e tornando-se superiores física e mentalmente [...] Contudo, Darwin também foi importante na medida em que estabeleceu as bases para a relação entre homem e seu ambiente, que foi incorporada pelos teóricos ginecologistas. A obra desse autor, através da ideia da ação do ambiente sobre a biologia, possibilitou a concepção de que as diferenças entre homens e mulheres surgiram na história da espécie e, portanto, estavam sujeitas a modificações. Mas esse não foi o aproveitamento mais comum do darwinismo [...] A comparação entre as civilizações poderia determinar a construção de uma ginecologia *etnográfica e antropológica*”. Grifo de Rohden. ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX, *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 17, jun. de 2002. p. 101-125. p. 118-119.

autor²⁷¹, a sexualidade é utilizada como uma forma de moldar o “*self*” na “experiência da carne”, sendo construída em torno de certas formas de comportamento. Deste modo, a criação de um sexo tido como “oposto” seria uma construção social e filosófica do final do século XVIII, dentro de um contexto específico, não havendo nada de natural sobre este processo²⁷². Assim, a própria sexualidade, na visão médico-científica (ou melhor, de algumas pessoas ou setores da medicina, evitando uma visão demasiada totalizadora), seria ajustada de acordo com as formas pré-determinadas de comportamento, cabíveis a cada um dos dois sexos.

Dentro da mesma discussão, mas direcionando o olhar para as ideias políticas, sociais e filosóficas do século XIX, no sentido de analisar como essas permeavam o conhecimento médico do período, a pesquisadora Fabíola Rohden procurou explicar essa ligação. Segundo a autora, Thomas Laqueur buscou argumentos nos pais fundadores da teoria política (Locke e Hobbes) ao demonstrar que não haveria base na natureza, na lei divina ou na ordem cósmica “para justificar autoridades específicas como a do rei sobre o súdito, do senhor sobre o escravo e, possivelmente, do homem sobre a mulher”²⁷³. Desse modo, Rohden aprofunda a análise ao indicar que as relações de diferença apontadas não poderiam se justificar por explicações transcendentais, mas sim, sob outra forma que se mostrava mais adequada para aquele contexto, que por sua vez, se basearia em diferenças biológicas. As diferenças de sexo, por conseguinte, dentro do que já trazido por meio das ideias de Laqueur, seriam dadas como fatos, mediante explicações utilitaristas: a constatada força superior dos homens, a incapacidade feminina para o desenvolvimento de atividades no mundo do trabalho, decorrente de suas funções reprodutivas etc. Como consequência disso, aproximando a discussão para a medicina do século XIX, Fabíola Rohden destaca:

A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que na própria natureza homens e mulheres eram diferentes, e mais do que isto, as mulheres eram naturalmente inferiores. A ciência, e em particular a medicina, se esmerava em acrescentar novos e intrigantes detalhes que provavam a intransponibilidade da diferença, que no século XIX já seria considerada inquestionável. Instaura-se um modelo caracterizado pelo dimorfismo radical, pela divergência biológica, no qual todas as partes do corpo apresentariam diferenças

²⁷¹ Utilizando-se da perspectiva filosófica de Foucault. FOUCAULT, Michel. *Historia da sexualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 3 v.

²⁷² LAQUEUR, Thomas. Op. cit. p. 24.

²⁷³ ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S201-S212, 2003. p. S203.

radicais não apenas no que era mais aparente, mas mesmo em elementos microscópicos²⁷⁴.

Torna-se importante ressaltar que a ideia aqui não é a de apresentar estas considerações como um modelo totalizador da medicina científica do período²⁷⁵, mas sim, que alguns setores (e pessoas) ligados a ela se esmeravam em justificar diferenças sociais por meio das distinções sexuais observadas a partir de uma visão biológico-utilitarista, voltada para tal fim. Preceitos como a fragilidade, sensibilidade e o baixo poder de resistência das mulheres, do ponto de vista biológico, e de forma inversa para os homens, balizavam a metodologia dos procedimentos e análises realizadas por aqueles médicos.

Fabíola Rohden, trazendo as ideias do médico francês Pierre Roussel, que no século XVII (1775) escreveu *Du Système Physique et Moral de la Femme*, “um tratado reeditado inúmeras vezes que sintetizou as idéias do período e serviu de principal referência para a medicina durante boa parte do século XIX, inclusive no Brasil”²⁷⁶, aponta que as mulheres, seja em sua constituição física ou moral, assemelha-se a de uma criança²⁷⁷. A mesma autora, por meio de vasta pesquisa realizada, identificou uma série de estudos realizados no Brasil (por médicos formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) durante o século XIX, que apontam diferenças biológicas como premissas para comportamentos sociais distintos. A autora cita, a título de exemplo entre as teses médicas consultadas, o trabalho de João de Oliveira Fausto, intitulado *Acerca da Menstruação, Seguida de Regras Higiênicas Relativas às Mulheres Menstruadas*, de 1846. Esta tese, segundo Rohden, é ilustrativa no sentido analisado, pois Fausto tem em seu texto a nítida preocupação com a delimitação de cuidados com a formação física e moral das meninas, inclusive, alertando para os malefícios de uma

²⁷⁴ Id.

²⁷⁵ Após profunda análise sobre documentação do período e de bibliografia especializada sobre o tema, ao menos no Brasil, apesar das mais diversas teorias médicas estarem sendo adotadas ao mesmo tempo, não parecia haver uma ideia de contradição, mas sim, de complementação. A ideia de contradição estaria mais ligada a uma visão da atualidade em que vive o pesquisador, mas não do período estudado, neste caso, o final do século XIX no Brasil.

²⁷⁶ ROHDEN, Fabíola. Op. cit. p. S206.

²⁷⁷ Conforme a autora: “Roussel percebe a diferenciação sexual como um processo evolutivo que envolve corpo e mente e que tem na puberdade um momento crucial. Aliás, a puberdade é descrita como uma verdadeira crise médica na qual a ordem da economia animal de cada indivíduo é rearranjada. A menina experimenta uma recanalização de seus fluidos vitais para um novo centro orgânico, o útero. Entretanto, essas transformações não fazem com que ela avance muito além da constituição que tinha quando criança. Ela continua frágil, terna, retendo algo do temperamento infantil. Seus órgãos permanecem delicados e a quantidade de ‘tecido mucoso’ aumenta e se modifica de acordo com os novos constrangimentos físicos e morais aos quais está sujeita [...] Enquanto os homens tornam-se firmes e resistentes graças aos órgãos vigorosamente desenvolvidos e à presença de uma quantidade mínima de ‘tecido mucoso’, as mulheres permanecem da mesma forma que eram quando crianças, ou seja, como seres delicados, vulneráveis, super sensíveis”. Ibid. p. S208.

educação intelectual muito aprimorada para o sexo feminino, o que a desviaria de suas funções tidas como naturais.

Tais afirmações, de acordo com Rohden, resultariam na ideia de que o comportamento da mulher na sociedade seria gerenciado pela sexualidade, o que não ocorreria para os homens. Em outro texto, a autora aprofunda essa análise, demonstrando como o papel social da mulher foi influenciado por essa sexualidade baseada nas distinções biológicas, enfocando a função reprodutiva como aspecto fundamental para o entendimento do corpo feminino dentro da medicina e das suas atribuições na sociedade²⁷⁸. Dessa forma, a ginecologia, resultante dos desenvolvimentos da obstetrícia, se mostraria como o ramo específico da medicina direcionada para a mulher e se constituiria permeado pelas ideias até então demonstradas. Porém, a ação da medicina não se limitaria às identificações das diferenças biológicas como reflexos dos papéis sociais que deveriam ser seguidos, conforme apontado. Esta adquiriria, com maior intensidade no decorrer do século XIX, papel importante para relações de gênero do período, voltando-se para a identificação, exame e atribuição de caracteres patológicos para desvios comportamentais diferentes do ideal, para qualquer um dos sexos. No entanto, tais desvios, de acordo com a ótica da moralidade do período, eram identificados quase que somente dentro do comportamento feminino²⁷⁹.

Dessa maneira, não deverá parecer estranha a publicação de um texto sobre questões do sexo (que na verdade proporciona uma visão de gênero) e idade dentro da esfera criminal, em um periódico médico brasileiro, na década de 1890. Trata-se do artigo intitulado “*A idade e o sexo em matéria criminal*”, escrito pelo médico Dr. José Rodrigues da Costa Dorea²⁸⁰,

²⁷⁸ ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade... Op. cit. p. 101-125. p. 101.

²⁷⁹ Nesse sentido, é interessante a pesquisa de Yonissa Wadi: “*A História de Pierina*”. A autora, ao trabalhar com um caso de infanticídio cometido por uma agricultora imigrante italiana (Pierina) no Rio Grande do Sul (início do século XX), destacou os aspectos jurídicos em torno do caso que estariam relacionados a preceitos morais de gênero do período. Ao final do julgamento, Pierina é considerada louca. Entretanto, a loucura identificada pelo júri do processo não possui ligação com a vida prática de Pierina, ou seja, com os problemas enfrentados e vivenciados pela mesma em seu cotidiano. Mas sim, é observada como nada mais que um surto momentâneo, causado por falhas morais, uma perversão de seu papel naquela sociedade. Logo, considerar criminosas, ao contrário de loucas, as mulheres que cometessem infanticídio, seria admitir que elas poderiam matar seus filhos por questões de qualquer ordem, incluindo aspectos sociais e econômicos, passando por cima do papel incorruptível de mãe, atribuído por aquela sociedade. Em uma última instância, representaria a perversão de uma ordem estabelecida como correta e ideal. WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

²⁸⁰ Naquele ano, exercia o cargo de professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia, profundamente influenciado pelas pesquisas e ensinamentos de Raymundo Nina Rodrigues. Também foi presidente do Estado de Sergipe (1908). Ver: LIMA, Lamartine. O centenário do falecimento de Nina Rodrigues e a atualidade da Escola da Bahia. *Prova Material - Revista Científica do Departamento da Polícia Técnica*, vinculado à Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia. Ano 3 – Especial – Dezembro de 2006. Lamartine é Perito médico-legal aposentado, sócio benemérito da Associação de Médicos Legistas do Estado da Bahia. O autor procurou enaltecer Nina Rodrigues e suas pesquisas, como precursor da medicina legal no Brasil:

publicado na *Gazeta Médica da Bahia*, nas edições de março e abril de 1894. O mesmo autor já havia apresentado em 1890 a memória “*Deve-se modificar o código criminal brasileiro de acordo com os progressos da medicina legal e da sociologia?*”, no 3º Congresso brasileiro de medicina e cirurgia. Na oportunidade, Dorea elogiava a legislação brasileira que reconhecia a imputabilidade criminal aos 9 anos de idade²⁸¹. O texto “*A idade e o sexo em matéria criminal*” se divide em duas partes: na primeira, que se subdivide em dois tópicos, o autor se detém sobre questões relacionadas aos limites de imputabilidade criminal, na infância e na velhice. Na segunda, Costa Dorea irá se ocupar do “sexo feminino” em matéria criminal. As mulheres são apontadas pelo autor, em sua totalidade e em todas as suas características, como inferiores aos homens. As características relatadas, segundo Dorea, exprimem desqualificações intelectuais e morais, inerentes ao *ethos* feminino.

De outra maneira, observa-se que o estudo de Dorea tem como parâmetro balizador conceitos de gênero aceitos e utilizados pela sociedade em que está inserido. Estes conceitos, previamente concebidos como uma verdade quase indiscutível para aquela sociedade, agora inseridos na prática científica da medicina, são utilizados para comprovar os resultados da pesquisa realizada pelo autor. Os apontamentos sobre o tamanho e a pesagem de cérebro servirão para demonstrar que a mulher “ama e sente mais do que pensa, e é esquisitamente inclinada à progeneratura”²⁸², visto que: “O homem, quando ama, ainda tem tempo de trabalhar, ou de dar o seu passeio, ou de fumar o seu cigarro; não assim, porém, a mulher, que, nesse estado não tem tempo de pensar em outra coisa senão no seu amor”²⁸³. Elas, também: “têm consciência de sua fraqueza, de sua dependência; são mais passivas, resignadas e altruístas”²⁸⁴. Conforme o autor, todas essas afirmações foram comprovadas a partir de apontamentos realizados por médicos na prática de sua profissão²⁸⁵. Darwin é utilizado por

“Nina Rodrigues, mais uma vez, avançou no pioneirismo da proposição da especialidade, nem só médica, mas, médico-legal, em todo o Brasil”. Os argumentos expostos pelo autor procuram mostrar o quanto as ideias de Nina Rodrigues ainda são atuais, demonstrando assim, o quanto o pensamento de Nina Rodrigues é vivo, ainda nos dias atuais.

²⁸¹ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1894. p. 388.

²⁸² Ibid. p. 440.

²⁸³ Id.

²⁸⁴ Id.

²⁸⁵ No livro *A emancipação da mulher* de Akov Aleksandrovich Novikov, trazido anteriormente como exemplo, ideias muito semelhantes às de Dorea são rebatidas de modo sistemático pelo autor, indicando que aquele pensamento (que se inclui o texto de Dorea) adentrou o século XX com grande força. NOVIKOV, Akov Aleksandrovich. *A emancipação da mulher*. 1. ed. Lisboa: Francisco Luiz Goncalves, 1910. 197 p.

Dorea para comprovar a semelhança da mulher com a criança²⁸⁶, unindo assim os dois aspectos por ele analisado, conforme trazido na epígrafe desta parte da dissertação²⁸⁷.

Nesse sentido, outro argumento trazido pelo autor é o de que a mulher seria incontestavelmente menos provida de poder intelectual do que o homem, o que significaria, como se fosse medido em uma balança de dois pratos, que também seria mais afetiva e sentimental. Tais características reforçariam o papel da mulher como mãe, tida como função de grande responsabilidade social²⁸⁸. As diferenças sociais baseadas nas distinções de sexo se constituiriam como modos de ser e agir extremamente diversos entre homens e mulheres, desde a infância até o envelhecimento. Nessa balança de relações entre os sexos, o peso da responsabilidade de ser mulher seria potencializado quando esta se tornasse, ou não, mãe. Se as mulheres eram dadas pela ciência do período como seres dóceis e extremamente sensíveis, este lado demasiado sentimental poderia ganhar um caráter patológico, quando expressado de forma “afetada”, resultando no “nervosismo” e na “histeria”. Estes seriam estados patológicos muito particulares à mulher²⁸⁹, que por sua vez estariam ligados aos estados fisiológicos próprios do feminino. Estes estados fisiológicos não seriam considerados doenças *a priori*, mas sim “antes intermediários entre a saúde e a doença, verdadeiras iminências mórbidas, peculiares e característicos do sexo gentil”²⁹⁰.

²⁸⁶ Por meio de tais apontamentos, verifica-se algo diferente do que foi inferido por Thomas Laqueur ao se deter sobre as apropriações realizadas por parte da medicina científica a propósito das ideias de Charles Darwin. Observa-se que, ao menos para José Rodrigues da Costa Dorea e alguns de seus colegas brasileiros, as ideias do naturalista britânico poderiam ser também utilizadas para mostrar, para além do homem e da mulher ser diferentes biologicamente e quase opostos, que a mulher se constituiria como um ser não completamente finalizado, mais especificamente: seria um homem não desenvolvido. Ou seja, como assim era antes da utilização do pensamento de Darwin. Desse modo, conforme observado pelas ideias de Dorea e de seus colegas, é que não houve rompimento ou uma troca de concepções em torno das diferenças entre os sexos na medicina após Darwin, mas sim, continuidade, demonstrada por uma espécie de junção de ideias que fortificava o pensamento sobre o que se queria comprovar: a inferioridade da mulher frente ao homem, no mundo público, do trabalho, resguardando a ela o que seria específico de sua constituição física e de sua personalidade, ou seja, o papel de boa mãe, boa esposa e reclusa aos limites do lar.

²⁸⁷ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1894. p. 441.

²⁸⁸ Ibid. p. 442.

²⁸⁹ Mas também não se constituiriam como uma patologia específica, de um modo geral, das mulheres, porém, se daria de forma diferenciada entre os dois sexos. Em artigo publicado na Gazeta Médica da Bahia de janeiro de 1886, na seção de clínica médica, intitulado *A hysteria no homem*, de autoria do médico professor francês Dr. Charcot, observa-se uma curiosidade interessante: o autor relata que por muito tempo foi tido como verdade o mito de que a histeria somente ocorreria no sexo masculino quando esse tivesse comportamento próximo ou igual ao de uma mulher – um homem “efeminado”, sendo nem um pouco crível pensar que tal estado patológico pudesse ocorrer em um homem “robusto e vigoroso”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jan. de 1886. p. 312. Ver também: ABREU, Maurílio Tito Nabuco de. *Da hysteria no homem*. Doutorado, Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

²⁹⁰ Dorea ainda indica que a mulher: “Já considerada por Hipócrates como um foco de dores, apresenta durante a sua existência duas épocas solenes e da maior importância para o higienista, o patologista e o médico-legista: são a puberdade e a idade climatéria ou a menopausa”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1894. p. 443.

Conforme o autor, a puberdade seria o momento da formação física e moral da mulher, marcado por grande impressionabilidade nervosa. Tal estado se prolongaria até o estabelecimento definitivo e regular do “ritmo mensal”, da ovulação, considerado como um “estado puerperal em miniatura”²⁹¹. O estado de gravidez também seria outro importante momento que desencadearia uma série de distúrbios no sistema nervoso da mulher²⁹². As afirmações realizadas ao longo do texto por Dorea sobre essa condição *natural* da mulher, seriam utilizadas para demonstrar a tese por ele defendida: a de comprovar que a imputabilidade criminal da mulher deve ser distinta do homem, visto que, a mulher, tratar-se-ia de uma “criança grande”²⁹³, que não poderia responder por si mesma²⁹⁴.

Aprofundando a análise sobre as ideias médicas em torno das mulheres, é exemplar a temática da tese do carioca Alexandre Augusto de Almeida Camillo, defendida em 1886, na cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,

²⁹¹ Id.

²⁹² Conforme o autor: “A prenhez [sic] modifica o organismo inteiro da mulher; pode-se dizer que todos os tecidos se ressentem desse estado; a repressão sobre o sistema nervoso é extraordinária; a mulher torna-se irritável, e as predispostas ficam duas vezes mais nervosas. Nesse tempo a menstruação desaparece, o ritmo mensal é menos lato, e observam-se, além de alterações de espírito e de caráter, dores de cabeça, palpitações, dispepsia nervosa, vertigens, etc”. Id. Outro exemplo nesse sentido pode ser visto em: ARAUJO, Basílio Magno. *Modificações anatomo-fisiológicas da prenhez*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1884. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Outros exemplos podem ser observados nas memórias das faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, onde constam todos os títulos das teses defendidas pelos alunos formados. Tais memórias encontram-se disponíveis nos Relatórios do Ministério do Império: RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/>. Acesso entre out. e dez. de 2010.

²⁹³ Antonio Manuel Hespanha, em estudo que examinou os “inferiores” da sociedade e as suas relações com o direito do Antigo Regime, indagando-se em analisar como as denominações utilizadas se conformavam em meios de controle, manutenção e hierarquia social, indicou que já naquele período as mulheres eram observadas de forma muito similar ao modo aqui trazido: “Menos dignas”; “frágeis e passivas”, carecendo de capacidade suficiente para regerem por si só, se aproximando, nesse ponto, das crianças; ‘lascivas, astutas e más’, ressaltando a perversidade das mulheres, onde ‘a luxúria chamava a curiosidade – que perdera a mulher do Éden – e a astúcia’. É claro que não se é possível incorporar de forma pura e simples o discurso do Antigo Regime, observado por Hespanha, como ideias do período aqui analisado, pois tratava-se de outro contexto permeado por diferentes interesses. No entanto, não se pode negar a estreita ligação do pensamento jurídico do século XIX com as ideias também jurídicas do Antigo Regime, em torno da posição da mulher no mundo social. HESPANHA, Antonio Manuel. *Imbecillitas: as bem-aventuranças da inferioridade nas sociedades de Antigo Regime*. São Paulo: Annablume, 2010. p. 114.

²⁹⁴ Conforme Dorea ao citar Arthur Schopenhauer: “Comparada ao homem adulto, fisicamente a distância é enorme; ela adquire a madureza primeiro do que aquele, o que fez Arthur Schopenhauer dizer que ‘quanto mais nobre e perfeito é um objeto, mais vagarosa e tardia é sua maturidade; que o homem apenas atinge sua maturidade antes dos 28 anos, ao passo que a mulher está madura ao [sic] 18, e isto porque há pouco que amadurecer nela, que conserva-se criança a vida inteira, só vendo o que está mais perto, ligando-se ao presente, tomando as aparências das coisas pela realidade, e antepondo trivialidades a objetos de maior peso”. E ainda: “Encarada a mulher sob esses diferentes pontos de vista, que justificam o estreitamento de círculo jurídico-civil em que ela exerce sua ação, nada mais justo, nada mais equitativo do que conceder-lhe em direito criminal uma imputabilidade menor e o benefício *lenioris poenae*. As leis romanas consideravam o sexo feminino como uma condição de presunção de menor dolo; a lei Julia sobre estupro e adultério mitigava a pena *pro infirmitate sexus*. Farinacco ensina que a décima causa de diminuição das penas seria *ea quae sexus fragilitatem respicit*. Não seria, pois, uma inovação, e teria o legislador os melhores fundamentos para não medir pela mesma bitola de responsabilidade criminal o homem e a mulher, para não tratar igualmente seres desiguais”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1894. p. 445 e p. 441.

intitulada: “*O onanismo na mulher: sua influência sobre o physico e o moral*”²⁹⁵. Trata-se de um estudo que procura esmiuçar o onanismo em suas origens, causas e tratamento, observando-o de antemão como uma patologia nociva tanto para o físico quanto para a moral, potencializada quando identificada na mulher²⁹⁶.

Baseando-se principalmente no autor francês Thésée Pouillet, conhecido por dedicar-se ao tema do onanismo nas mulheres²⁹⁷, Camillo discutirá com outros autores conhecidos do período (tal como Alfred Fournier, famoso por seus estudos sobre doenças venéreas), sobre as causas do onanismo, bem como, dos problemas causados pelo mesmo. Nota-se, assim, que Camillo inseria-se em uma discussão já observada com certa importância, em nível mundial, dentro da medicina do período. Mas a intenção, aqui, não é a de entrar nos pormenores relacionados às concepções médicas sobre o onanismo, mas sim, de observar as implicações mais amplas das inferências realizadas pelos médicos ao tratarem da referida *patologia*, sobre as mulheres.

Cabe mencionar que, mesmo com o processo de patologização do ato da masturbação, a mulher é retratada como vítima de uma doença, reforçando o caráter de fragilidade e inocência já mencionado, tão necessário para o papel social de mãe e esposa que deveria desempenhar. Isso visto que, a própria concepção de doença, para um comportamento tido como desviante, acaba por, ao menos, retirar a responsabilidade direta do indivíduo. Isso dado que a doença, passível de cura, é algo externo ao indivíduo, e ainda mais, passível de tratamento, como o onanismo trazido por Camillo. Mas alerta-se que a mulher não era vista totalmente como vítima, pois se identifica uma mescla de causas externas ao corpo e outras ligadas ao particular da pessoa em questão, visto que, quando as causas da masturbação não fossem reconhecidas pelo médico durante o exame, este deveria induzir “a confissão sincera da mulher”, o que virá “arreda-la de seu espírito suspenso”²⁹⁸.

Por meio da tese de Camillo, mais uma vez, verificar-se-á que a patologização do comportamento desviante passa pela adequação de exemplos estudados por aqueles médicos, de acordo com as suas concepções morais e de gênero, para a comprovação da tese em

²⁹⁵ CAMILLO, Alexandre Augusto d’ Almeida. *O onanismo na mulher: sua influência sobre o physico e o moral*. Dissertação (cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

²⁹⁶ Logo, também o indicava como uma prática nociva à saúde do homem, no entanto, em menor grau.

²⁹⁷ POUILLET. *Thésée. L’onanismo nella donna*. Paris: Capaccini, 1907.

²⁹⁸ CAMILLO, Alexandre Augusto d’ Almeida. *O onanismo na mulher: sua influência sobre o physico e o moral*. Dissertação (cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. p. 4.

questão, negando qualquer outra possibilidade explicativa. Porém, mais que isso, a pesquisa de Camillo auxilia a perceber, de certa maneira, como os fatores étnicorraciais e de classe social influenciavam na construção da medicina da mulher.

Entre as causas do onanismo, averiguadas pelo autor, se incluíam fatores como a hereditariedade (ligada às teorias de degeneração, física e moral), que por sua vez, está intrinsecamente ligada a questões de etnicidade. Desse modo, Camillo finaliza o capítulo em que trata sobre as causas do “*terrível vício*”:

O Dr. Garnier diz que a ausência ou pequenez dos seios, pela sua correspondência com os órgãos sexuais, provocando a indiferença para com os prazeres naturais, é uma causa de onanismo sob diversas formas. A masturbação pode ser transmitida aos descendentes, assim como as boas ou más qualidades, pois que, os filhos de pais lascivos sucumbem mais facilmente às tentações da volúpia do que outros [...] Contudo isto a experiência tem mostrado que filhos de pais inocentes podem adquirir o vício bebendo o leite de uma ama mal escolhida²⁹⁹.

Observa-se por meio dessa passagem, muito do que foi comentado até o momento: as causas do onanismo estariam ligadas, em um primeiro plano, à pré-concepções em torno do sexo, passando para a hereditariedade que pode ser vista sob duas formas (física e moral) e recaindo, talvez de uma forma um tanto discreta, em questões de classe e etnicidade. Nota-se que todas as causas apontadas estão permeadas, ou baseadas, pela diferença biológica do sexo. A primeira, refletindo as distinções bem marcadas sobre os sexos, é expressa de forma *a priori*, contida na escolha do objeto de pesquisa de Camillo (o onanismo na mulher) e de forma mais direta, no tamanho dos seios. Desse modo, a aparência física se conformaria, de antemão, como um indicador de identificação da patologia. A hereditariedade estaria fundamentada, de uma forma mais geral, no papel social idealizado para a mulher, resumido na função de mãe e esposa.

Mas, de outro modo, ao destacar a importância da boa moral da mãe na formação dos filhos, exprime o pensamento baseado nas teorias de degeneração, de que caracteres morais dos pais seriam transmitidos aos filhos. Aparentemente, pelas palavras de Camillo, poderia se pensar que esta transmissão se daria somente pelo convívio, mas não é o que o autor pensa. Isto porque, em última instância, Camillo invoca questões de hereditariedade biológica em que não se exclui os aspectos morais, que estariam retratadas ao trazer a possibilidade da

²⁹⁹ CAMILLO, Alexandre Augusto d' Almeida. Op. cit. p. 23-24.

transmissão hereditária do onanismo por meio da amamentação, originária de uma “ama mal escolhida”. Mais uma vez, identifica-se aí, ideias em torno da degeneração, refletidas por meio da hereditariedade mórbida³⁰⁰. Sendo assim, questões de etnicidade e de classe surgem de maneira indireta no texto de Camillo, visto que as amas de leite, entendidas como portadoras em potencial dos caracteres que induziriam a pessoa à prática do onanismo, constituíam um grupo formado, na sua maior parte, por mulheres não brancas ou negras, escravas ou livres pobres.

São vários os exemplos existentes, para além da tese de Camillo, que ajudam a pensar como se constituía o contexto de ideias da medicina científica brasileira sobre as mulheres dos segmentos populacionais mais pobres nas últimas décadas do século XIX. Ideias essas muito vivas, principalmente, sob o olhar das elites, de onde saíam a maior parte dos médicos do país. Dessa forma, a hipótese levantada aqui é que esse pensamento mais amplo, que cruzava diferenças de gênero, classe e etnia, serviu como um elemento orientador - talvez não de um modo direto e totalizador -, para o conhecimento médico que se produzia no Brasil, sobre a medicina da mulher.

Nesta parte da análise, cabe realizar algumas considerações em torno dos aspectos sociais mais gerais que balizavam a medicina científica brasileira, que por sua vez, estavam ligados a outras esferas da sociedade brasileira. Primeiramente, voltando o olhar para os Censos realizados em 1872 e 1890, percebe-se, conforme visto, intensa preocupação do governo em definir *as cores* dos brasileiros. De acordo com Ivana Stolze, essa ação estaria ligada às necessidades impostas pelas transformações que o Brasil passava naqueles anos, que dentre as quais se enquadrariam: a crise do regime monárquico-escravista, a maior resistência da população frente a ações do governo, assim como, os paradigmas teórico-cientificistas que cada vez mais ganhavam força no Brasil³⁰¹. E são esses paradigmas teórico-cientificistas ligados ao estudo das cores dos indivíduos relacionado às identidades étnico-biológicas, que ganham em interesse para esta análise. Conforme visto nas fontes examinadas, a medicina

³⁰⁰ Sobre hereditariedade mórbida e degeneração, ver: BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria e Pesquisa*. N.47, jul. - dez. 2005. p. 45. Sérgio Carrara, ao analisar o combate contra a sífilis no Brasil e as ligações do pensamento médico brasileiro com as ideias de degeneração, aponta que um dos primeiros trabalhos do gênero data de 1880: *Syphilis et marriage*, de Alfred Fournier. Dentro desta perspectiva, as doenças venéreas eram vistas como um grave fator de degeneração social, que poderiam atrasar, ou acabar de vez, com o progresso de toda uma nação. CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

³⁰¹ LIMA, Ivana Stolze. *Cores, marcas e falas: sentidos da mestiçagem no império do Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2003. p. 127. MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995. p. 109.

brasileira do período se desenvolvia, principalmente nas três últimas décadas do século XIX, de forma a considerar em suas pesquisas, com importância, a origem étnica das pessoas daquela sociedade³⁰². Origem essa que passava pelas formas de classificação de *cores* dos brasileiros, adotadas naquele período.

Neste ínterim, a Escola Tropicalista Baiana, composta por um dos mais influentes grupos de médicos brasileiros da segunda metade do século XIX em relação à abrangência e aceitação das pesquisas por eles publicadas, assumiria papel protagonista, principalmente após o ingresso de Raymundo Nina Rodrigues no grupo³⁰³. Com a ascensão de Rodrigues na Escola, passa-se a abordar com maior força estudos voltados para a biosociologia brasileira, em que o biológico passava a ser entendido como determinante do social³⁰⁴. Neste sentido, os estudos particulares de Rodrigues se voltaram para:

[...] problemas de raça e de cultura, em geral, e de crimes, em particular, tendo como viés essas teorias e os preceitos positivistas de Auguste Comte. Logo, esses estudos acabariam fundamentando o controle social de raças tidas como inferiores. Concluiu que não era apenas a herança racial uma chave variável na predisposição para certas doenças, mas os africanos e os povos racialmente miscigenados eram também mais predispostos para a criminalidade, sendo mentalmente inferiores, e não deveriam, por isso, ser considerados cidadãos da nação. No final do século XIX, com a imposição do modelo de civilização europeu, o Brasil importou o determinismo racial, a antropologia criminal e a medicina legal, expressos de certa forma na obra de Nina Rodrigues³⁰⁵.

Analisando os periódicos médicos³⁰⁶, observa-se que as ideias de Nina Rodrigues, principalmente a partir do final da década de 1880, ganhavam cada vez mais espaço. Em um

³⁰² Nas pesquisas publicadas pelos médicos, sempre era descrita a cor das mulheres analisadas, bem como, descritos os traços mais importantes sobre as condições sociais das mesmas (se trabalhavam ou necessitavam, por questões econômicas, trabalhar). Tais pesquisas podem ser vistas em grande quantidade na GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900 e no O BRAZIL-MÉDICO.

³⁰³ Ironicamente, antes do ingresso de Rodrigues, a Escola Tropicalista era conhecida, exatamente, por desenvolver (ao menos até o final da década de 1870) uma forma de conhecimento sobre as doenças que negava as teorias raciais, tal como o poligenismo, muito adotado nos Estados Unidos. Tais teorias teriam sido rejeitadas em uma sociedade miscigenada, como o Brasil, onde muitos médicos eram mulatos ou negros. Ver: EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. p. 177.

³⁰⁴ Inspirando-se assim, nas teorias de Cesare Lombroso (1836-1909) em medicina legal e de Wilhelm Wundt (1832-1920) em psicologia coletiva. ESCOLA TROPICALISTA BAIANA. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)* Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. Baseado no texto: BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. IV, n. 3 (nov. 1997- fev. 1998). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1997-1998.

³⁰⁵ Id.

³⁰⁶ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico).

artigo publicado na *Gazeta Médica da Bahia* de março de 1890³⁰⁷ na seção de “Antropologia Patológica”, intitulado “Os mestiços brasileiros”, as ideias de Nina Rodrigues são expostas de forma clara. Trata-se de um texto com entonação de protesto contra as classificações de cores, mormente, utilizadas pelos seus colegas. Rodrigues inicia o artigo indicando que as ideias que o motivaram surgiram a partir dos apontamentos sobre a “frequência relativa da lepra segundo as raças”, do Dr. Júlio de Moura, bem como, das lições acerca “da influência da raça negra sobre o puerperismo”, do Dr. Erico Coelho³⁰⁸. Restringe-se a análise sobre uma pequena parte do texto que traz a tônica do referido protesto, que por sua vez, reflete a importância das classificações de cor para os estudos desempenhados pelos médicos brasileiros do período:

Mais condenável ainda, reputamos entretanto a distribuição dos brasileiros em brancos, pardos e pretos, geralmente adotada nas nossas estatísticas médicas. Incluir, com efeito, num mesmo grupo de pardos ou mestiços não só os mulatos, mestiços do branco com o negro, como os mamelucos, mestiços do branco com o índio e ainda os mestiços dos mulatos com os mamelucos; ou então reunir o grupo dos pretos não só os indivíduos negros de raça pura, como os mestiços do negro com o índio e os mulatos que voltam ao negro, - não é somente fazer uma classificação de todo ponto artificial e arbitrária, é negar previamente, como fator etiológico, todo valor a semelhante discriminação das raças. Não obstante, é esta a divisão geralmente seguida, adotada em quase todas as nossas estatísticas hospitalares e ainda nas clínicas de ensino de ambas as faculdades de medicina³⁰⁹.

Observa-se assim, o aprofundamento que se objetivava e desenvolvia, por aquela ciência, em torno das relações criadas entre etnicidade e questões médicas. De outra maneira, esta passagem também demonstra, considerando a importância da *Gazeta Médica da Bahia* para o meio médico-científico brasileiro, que as ideias sobre as classificações de cor, determinismo racial, doenças e medicina, estavam sendo discutidas nas mais altas rodas científicas da medicina do período³¹⁰.

³⁰⁷ Raymundo Nina Rodrigues foi diretor da *Gazeta Médica da Bahia* entre os anos de 1890 e 1893. Nesse período, aumentaram substancialmente os artigos que tratavam sobre as diferenciações, na medicina e na sociedade, entre etnias e entre os sexos. Em 1890 Nina Rodrigues assumiria o cargo de diretor da revista, permanecendo no posto até 1893. Também em 1890, ocupava o cargo de Adjunto de clínica médica da Faculdade de Medicina da Bahia. Nina Rodrigues era também um assíduo colaborador da revista *O Brasil Médico*.

³⁰⁸ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890.

³⁰⁹ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890, p. 403.

³¹⁰ Nesse sentido, é trazido um artigo exemplar, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* de dezembro de 1892, intitulado: “*As moléstias nos mulatos e índios*”, que diz respeito a duas memórias publicadas no “*Boston Medical and Surgical Journal*” de 25 de agosto de 1892, sobre o qual a revista “*Lancet*” de 8 de outubro faz algumas considerações a respeito. Destaca-se uma delas, relacionada ao tema aqui tratado: “A tuberculose existe em grau excessivo entre os descendentes dos mulatos; estes são inferiores em vitalidade, inteligência, moralidade, e a sua proporção de mortalidade é considerável. O Dr. Dixon achou digno de nota, que as raparigas mulatas

Realizadas estas considerações, é trazida outra produção do período, que por sua vez, se volta mais diretamente para questões de etnicidade e de classe social (diferentemente do estudo de Camillo, que abordou estas questões de forma secundária) que permeavam parte do pensamento médico-científico brasileiro daqueles anos. Trata-se da tese defendida por Justo Janse Ferreira, intitulada: “*Do parto e suas consequências na especie negra*”³¹¹. De início, o autor descreve a perspectiva de análise que norteou a elaboração da tese: “está perfeitamente estabelecido em ciência, que a moléstia é susceptível de variar conforme a idade, o sexo, a constituição e a raça”³¹².

Conduzindo a pesquisa a partir da exploração de estudos de caso empíricos e realizando apontamentos estatísticos sobre os mesmos, todo o trabalho estará permeado por concepções e apontamentos étnico-discriminatórios, que Ferreira procurou justificar por meio de explicações biológicas naturais. Porém, antes de partir para a exploração dos estudos de caso, o autor procura teorizar, com o apoio de outros médicos daquele período, algumas das questões que norteiam a análise. Desse modo, o autor indica que as mulheres negras, devido às medidas e angulações de suas bacias (o que seria uma característica, conforme o autor, que se estenderia a todas as mulheres negras) teriam mais facilidade para expelir a criança no parto. Mas, além disso, essas mulheres sentiriam menos dor do que as brancas no momento do parto, deduzindo Ferreira que essa característica aproximava-as do observado em animais ou em tribos africanas tidas como primitivas.

Na segunda parte do trabalho, o autor procurou:

[...] acentuar na raça negra as distinções quanto ao seu desenvolvimento intelectual e moral. O modo pelo qual o cérebro recebe as impressões exteriores e como reage, são circunstâncias que influem na aparição e evolução das moléstias. A medula,

desenvolvem-se em idade inferior à das brancas ou das pretas, e que, como mulheres, desmerecem muito mais cedo; e também, que depois da segunda geração sem mescla, quase todas as crianças que nascem são do sexo feminino. Observa ele, que a respeito de outras raças já se provou que o hibridismo humano não se pode manter sem reversão, ou sem novo reforço de sangue dos parentes. Lembra do perigo de serem aumentadas nos Estados Unidos as tendências à tuberculose e à escrofulose com a extensa mistura de nacionalidades que ali se está efetuando, e mostra a imunidade de que gozam os judeus, e outras raças sem mistura em relação a essas moléstias”. Contraditoriamente, em termos de ideias, ao que foi colocado para os descendentes de africanos, para os índios, as causas do grande número de casos de tuberculose são atribuídas: “Na vida do índio os males sanitários são os do vestuário, da habitação e da dieta. Estes males aumentam a natural tendência à tuberculose, e tornam-se causas determinantes onde já existe essa tendência”. Ou seja, para os índios, a maior incidência da tuberculose é analisada a partir do modo de vida, e não, sob uma perspectiva inata de raça, conforme realizado para os afrodescendentes. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1892, p. 275-277.

³¹¹ FERREIRA, Justo Janse. *Do parto e suas consequências na especie negra*. Tese (cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

³¹² Ibid. p. 56.

centro secundário reagindo diversamente conforme as raças, às impressões exteriores, faz variar a morfologia mórbida no branco e no negro. Não há patologista que desconheça a influência etnológica nas manifestações de muitas moléstias. Quem desconhece a predisposição da raça negra à invasão do tétano? A diarreia, a disenteria e o cólera-morbus são mais frequentes, ao que se diz, na raça negra³¹³.

Assim como observado no trabalho de Camillo, mais uma vez, a moralidade é objeto de estudo e, neste caso, sendo colocada em cheque, juntamente com a intelectualidade das pessoas da “raça negra”, conforme concebido pelo autor. Nota-se ainda que apesar do apontamento da “predisposição” dos negros para doenças como o tétano, a diarreia, disenteria e o cólera, em nenhum momento Ferreira destaca que estas moléstias se dariam devido às condições de vida e de trabalho dos mesmos. Aliás, quando se remete aos serviços desenvolvidos pelos negros, resume o assunto ao afirmar que as duras condições de trabalho são fatores que, ao contrário do pensado na inferência anterior, os tornavam ainda mais resistentes que os brancos para outras doenças, tal como a febre amarela³¹⁴. Ao final do trabalho, como entendimento máximo sobre as *consequências do parto para a espécie negra*, Justo Ferreira conclui que, devido à pele dos negros ser dotada de glândulas sudoríparas que trabalham com grande intensidade (de forma muito maior do que as dos brancos), estas se constituem como uma poderosa fonte de eliminação das impurezas do organismo, fazendo com que as mulheres negras padeçam menos com a infecção puerperal, tida como a grande causadora de mortes nas maternidades do período³¹⁵.

Cabe mencionar que a tese de Ferreira, logo após ter sido publicada, se transformaria em objeto de discussão nas rodas da medicina científica brasileira, principalmente no periódico médico *Gazeta Médica da Bahia*, por meio do conhecido médico legista, já trazido, Raymundo Nina Rodrigues³¹⁶. Ressaltando que para este cientista eram muito caros assuntos em torno da ocorrência e ação das doenças relacionadas à etnicidade do enfermo. Nina Rodrigues, em um artigo intitulado “*Os mestiços Brasileiros*”³¹⁷, publicado na seção de Antropologia Patológica, adverte que o trabalho de Ferreira, que condensou vários estudos sobre a influência da “raça negra” sobre o puerperismo, despertou uma série de controvérsias de opiniões. Uma das principais lacunas deixadas por Ferreira, segundo Nina Rodrigues, muito longe de contestar o caráter das inferências de seu colega, foi o fato de:

³¹³ Ibid. p. 58.

³¹⁴ Ibid. p. 60.

³¹⁵ Ibid. p. 72.

³¹⁶ Na oportunidade, Raymundo Nina Rodrigues ocupava o cargo de redator-gerente da revista. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1890.

³¹⁷ Ibid. mar. 1890.

[...] não ter determinado a que raça ou espécie negra se referia, o lamentável descuido de não discriminar as raças negras puras, das raças negras por cruzamento e nestas os produtos do cruzamento das raças negras com esta ou aquela outra raça, concluindo uniforme e indistintamente de umas para as outras, o que sobre ser uma contradição ao princípio mesmo que procurava estabelecer, da influencia diferencial das raças, inquina as suas conclusões de pouca solidez. O autor tinha, de fato, feito servir a sua tese observações que mais se referiam a mestiços do negro do que a verdadeiros negros³¹⁸.

Nota-se assim que os erros na tese de Ferreira, apontados por Rodrigues, não estão ligados às conclusões inferidas pelo último, realizadas a partir dos casos analisados. Mas sim, estão relacionados a questões de definições teóricas, que por demonstrarem fragilidade ao olhar de Rodrigues, resultariam em um problema metodológico na condução da pesquisa realizada por Ferreira, gerando, em uma última instância, resultados não convincentes. Do modo como foi feita, de acordo com Nina Rodrigues, a pesquisa de Ferreira produziria conclusões errôneas sobre características que talvez fossem reais sobre alguns tipos de “mestiços”, mas não de negros de “raça pura”, conforme palavras do próprio autor.

Na realidade, Nina Rodrigues utilizará o artigo para demonstrar a inconsistência da divisão adotada por Ferreira e pela maioria dos médicos do Brasil, conforme o próprio Rodrigues, sob o ponto de vista dos caracteres patológicos. Trará, ainda, a tese do Dr. Paula Rodrigues³¹⁹ (*Glaucoma*, Rio de Janeiro, 1887), que demonstra uma estatística sobre a frequência do glaucoma dividida entre os brancos, mestiços e pretos. Porém, voltando-se mais uma vez para o sistema classificatório de cor adotado, Nina Rodrigues destaca que a estatística utilizada por Paula Rodrigues se torna enganadora ao não deduzir que a “frequência do glaucoma nos mestiços brasileiros depende e provavelmente será proporcional à quantidade de sangue africano que eles encerrarem”³²⁰. E, dentro disso, destaca que: “Indiscutível seria essa conclusão se só houvesse no Brasil mestiços-mulatos, mas além destes temos, que com o branco, que com o negro, mestiços de uma terceira raça, a raça americana”³²¹. Nina Rodrigues refere-se aos índios. Desse modo, ao citar o levantamento realizado na clínica do Dr. Moura Brazil, Rodrigues destaca: “Não é crível, de fato, que sobre 837 doentes classificados de mestiços que frequentaram a clínica oftalmológica do Sr. Dr. Moura Brazil, de 1882 a 1887 não houvesse um mestiço da raça indígena”³²².

³¹⁸ Ibid. p. 403.

³¹⁹ Não foi possível identificar se o Dr. Paula Rodrigues tinha algum grau de parentesco com Raymundo Nina Rodrigues.

³²⁰ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890. p. 404.

³²¹ Id.

³²² Id.

Foi tentado demonstrar por meio dos exemplos trazidos como o pensamento mais amplo sobre as diferenças de gênero, ligado à etnicidade e à classe social, misturados a preceitos morais, influenciava a medicina científica em suas pesquisas sobre as mulheres, no Brasil de fins do século XIX. E isto pôde ser verificado por meio da imensa preocupação dos médicos, em seus relatos por meio de artigos científicos, em trazer de forma delimitada as principais características (sociais) de suas pacientes: cor da pele, idade, estado civil, condição social e, quando possível, informações mais particulares sobre os envolvidos³²³. Referente aos aspectos morais, ressalta-se que determinadas formas de comportamento humano, aos olhos da medicina científica, poderiam adquirir papel importante, senão fundamental, como elementos norteadores para as pesquisas realizadas. Elementos estes que também estariam intrinsecamente ligados aos resultados aferidos.

Como há de se deduzir, os aspectos até então apontados interfeririam, de algum modo, na vivência diária das diversas mulheres brasileiras. Por meio da medicina da mulher que se realizava no final do século XIX (que absorvia conceitos advindos da sociedade de um modo geral), criava-se uma definição (social) idealizada de mulher, baseada no enaltecimento da maternidade e na educação saudável das crianças, conceitos estes repletos de aspectos morais. Neste meio, para além das diferenças de gênero, a medicina científica criava a definição de várias outras mulheres, determinadas por diversas características sociais tidas como de muita importância por aquela sociedade e, em decorrência, para aquela ciência. Muitas dessas características estavam atreladas às classes sociais da quais as mulheres faziam parte. Os maiores ou menores riscos durante a gravidez, o parto e puerpério e das doenças relacionadas a estes estados, estariam intimamente conectados com aquelas características, que desencadeariam modos diferentes de pensar e agir, por aquela ciência, sobre as mulheres.

Se tais formas de enquadramento e de preconceitos se constituíam por meio de um ideal de mulher convencionado pelas elites para (principalmente) as mulheres que dessas classes faziam parte, é necessário pensar sobre como estes aspectos poderiam ser potencializados quando incidissem sobre as mulheres que não faziam parte daquele grupo social: estas estariam, previamente, fora do ideal previamente pensado. Mulheres essas que não obtiveram uma educação tida como “adequada”, que conforme visto anteriormente, trabalhavam e eram chefes de família e que, além disso, se relacionavam de diversas

³²³ Como no caso do artigo “A propósito de nubentes consanguíneos”, escrito por Dr. A. Ricaldi da Rocha Castro. Nota-se a partir das ideias do texto que, apesar da percepção dos possíveis problemas da consanguinidade para a reprodução, as ideias médicas se misturavam aos preceitos morais estabelecidos pela Igreja, sendo estes invocados como forma de embasar os conhecimentos daquele médico sobre o caso analisado. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jun. 1883. p. 564.

maneiras, em suas rotinas, com diversas outras pessoas e, ainda mais, com homens. E são essas mulheres, conforme é possível identificar, que compõem quase que a totalidade das mulheres pobres de Porto Alegre e, como ainda será visto de forma mais detida, das internadas na SCMPA.

Entretanto, como contraponto do que até então foi analisado, levanta-se a hipótese de que a medicina que se debruçava sobre as mulheres, naquele período, não se resumia e não tinha como principal intuito realizar estudos de caráter preconceituoso, moralista e disciplinador, sobre as mulheres. Na maior parte das vezes, conforme observado, tais aspectos, não criados pela ciência médica, encontravam-se inseridos e pulverizados nas pesquisas sobre os problemas que mais preocupavam a medicina da mulher no período. Em outras palavras, antes de se constituírem como elementos norteadores da pesquisa médicas do período, aqueles aspectos eram intrínsecos ao pensamento que conduzia tais estudos e refletiam as ideias mais amplas daquela sociedade³²⁴. Sendo assim, as ideias médicas sobre as mulheres (e ainda mais, pobres) aqui analisadas não podem ser pensadas em separado do contexto social mais geral, que influenciava, também, aquela área científica.

Neste ponto, é importante retornar às ideias (teoria) seguidas por alguns dos aportes bibliográficos utilizados neste capítulo e de outros autores que já pesquisaram sobre a temática³²⁵. Estas análises privilegiaram a abordagem sob ponto de vista em que a medicina da mulher se demonstra como uma forma de controle, poder e gerenciamento sobre as mulheres (ditando formas de comportamento para as mulheres na sociedade)³²⁶. Entretanto, lembrando dos aspectos teóricos seguidos por esta pesquisa em relação a essa forma de abordagem e do que foi analisado neste capítulo, realiza-se a questão: seria possível pensar

³²⁴ Um exemplo se encontra na Revista *Mai de Família*, produzida na segunda metade do século XIX, que se auto-intitulava como um “jornal científico-literário”. Em um sentido mais amplo, o conteúdo da revista reforçava o pensamento das elites sobre o papel ideal da mulher na sociedade como mãe e esposa, unindo-o com preceitos de higiene e medicina, advindos do conhecimento médico-científico daquele período. A MAI DE FAMÍLIA: Educação da Infância, Higiene da Família. Rio de Janeiro: Lombaerts & Comp. 1882-1888. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras. Ver também: ANDRADE, Stela Cabral de; VEIGA, Cynthia Greive. A condição de ser mulher civilizada na Revista A Mãe de Família. *III Congresso Brasileiro de História da Educação* - PUCPR. Curitiba: 2004. Outro exemplo é *O Guia da mulher pejada: preceitos higiênicos*, que provavelmente fazia parte de uma coleção, intitulada *Medicina para o povo*³²⁴. Com tal denominação, o livro escrito pelo médico Pires de Almeida com o auxílio de outros dois médicos, Castro Lopes e José de Góes, parece ter sido voltado para um público amplo, tal como eram os dicionários *populares* de medicina. Verifica-se uma visão acentuadamente romantizada e carregada de emoção sobre a gravidez, o parto e a geração da vida, bem como, sobre o papel idealizado (ou modelo ideal) de mulher por aquela sociedade e pela medicina. ALMEIDA, Pires. *Guia da mulher pejada: preceitos higiênicos*. Precedidos do calendário da prenhez. 2ª Ed. Coleção Medicina para o Povo. Rio de Janeiro: Imp. H. Lombaerts & C., 1895.

³²⁵ LAQUEUR, Thomas. Op. cit. MARTINS, Ana Paula Vosne. Op. cit. ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S201-S212, 2003. p. S203. VIEIRA, Elisabeth Meloni. Op. cit.

³²⁶ VIEIRA, Elisabeth Meloni. Op. cit. p. 15-16.

que o interesse da ciência médica relacionado à medicina da mulher teria se dado exclusivamente com a pretensão de exercer poder e estabelecer maior controle disciplinador sobre o corpo feminino, nos moldes apresentados (ou seja, juntamente com as questões ligadas à reprodução humana)? É possível que sim, mas em parte, não de forma isolada.

Nesse sentido foram trazidos exemplos de como a sociedade de um modo geral pensava ser o modelo ideal do papel a ser exercido pela mulher, observando também, que esse pensamento era absorvido pela medicina científica e considerado de forma conjunta com os conceitos e preceitos que embasavam aquela ciência em suas pesquisas. Sendo assim, não se pode negar que alguma espécie de tentativa de controle e de poder, baseado na diferença de gênero, era exercido por aquela ciência sobre as mulheres por ela tratada. Porém, nota-se que aqui se evitou utilizar a expressão “objetivada” para apresentar o modo como as mulheres eram abordadas pela medicina. Isto visto que, independentemente das ideias e dos conceitos que embasavam aquela ciência médica, esta era realizada, na prática, entre seres humanos, que interagiam sob as mais diversas formas, sendo impossível pensar, sem relativizar, sobre a existência de uma pessoa simplesmente passiva, como objeto do poder, e de outra agindo como um instrumento de uma forma complexa de poder.

Sob outro ponto de vista, notou-se por meio das publicações científicas analisadas que as pesquisas em torno da medicina da mulher³²⁷, em sua maior parte, eram realizadas sobre as mulheres pobres da população. Conforme visto, a explicação para este fato, de certa maneira, estaria ligada às concepções científicas da medicina, relacionada àquelas especialidades, que procurava encontrar diferenças para além do gênero, voltando-se para fatores étnicos que se ligavam à classe social das mulheres. Mas não era somente este o motivo da aproximação da medicina científica com as mulheres pobres da população brasileira. Nesse sentido há de se ressaltar que o ensino da medicina e as pesquisas realizadas por aquela ciência no Brasil, naquele período, tinham como lócus de prática, principalmente, os hospitais existentes, sendo a maior parte deles pertencentes às irmandades de misericórdia, que se destinavam principalmente aos pobres da população. Dessa maneira atrelar-se-ia, de um modo pelas escolhas daquela ciência, de outro pela realidade prática em que eram conduzidas as pesquisas médico-científicas, as mulheres pobres à constituição incipiente da medicina da mulher no Brasil, relação esta que será mais bem examinada nos próximos capítulos desta dissertação.

³²⁷ Considerando não somente os artigos médicos em que a análise foi aprofundada neste capítulo, mas sim, a maior parte dos que foram examinados no decorrer da pesquisa, sendo muitos deles apenas citados ao longo deste capítulo.

5 A MEDICINA DA MULHER NA SCMPA: MÉDICOS, CONHECIMENTO E AÇÕES

Neste capítulo se examinará como o hospital da Santa Casa de Porto Alegre estava voltado para o atendimento das mulheres, no decorrer das últimas duas décadas do século XIX. A análise será realizada a partir da identificação das ações de determinados médicos e membros da alta administração, refletidas por processos decorrentes da organização física, funcional e administrativa do hospital, que estiveram voltadas para a implantação da medicina da mulher naquele espaço. Também considerará aspectos em torno da formação profissional dos sujeitos envolvidos. Trata-se, assim, de um esforço de compreensão sobre as relações estabelecidas entre o conhecimento médico e ações desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia referente à medicina da mulher, com as condições de saúde e tratamento das mulheres pobres de Porto Alegre. Lembrando em tempo, que estas ações serão enfocadas a partir do contexto de relações estabelecidas entre aqueles médicos, naquele dado local.

De início, nota-se que a própria criação, continuidade e organização da Irmandade da SCMPA se davam a partir de um grupo de indivíduos com interesses afins. Porém, esses interesses comuns, que certamente se constituíam como laços de reciprocidade, poderiam ficar restritos aos limites da Irmandade ou ultrapassá-los, atingindo outras esferas do social (instituições, negócios, política etc.). Por outro lado, não se pode ignorar a possibilidade real desses laços e interesses terem se dado de fora para dentro da SCMPA. Não há, sob essa ótica de análise, uma via única de sentido para aquelas relações.

De outra maneira, levando em consideração o que foi dito, não é passível ajuizar que seus membros se constituíssem como um todo homogêneo com interesses invariavelmente afins e complementares. É possível pensar que havia sim, entre os integrantes daquela Irmandade, interesses dos tipos particulares, de subgrupos, do grupo como um todo, ou ainda, de um ou mais membros com grupos exteriores à Instituição. Expondo dessa maneira, certamente ocorriam disputas internas (talvez com interesses também externos) dentro da SCMPA como um todo e, é claro, dentro de suas repartições (sendo o hospital uma delas). Tais observações se tornam importantes por considerar a Santa Casa de Porto Alegre como um microcosmo (e fenômeno) social extremamente complexo, não isolado (em diversas formas) da sociedade da qual fazia parte. Estaria assim, aquela Instituição, sujeita a diversas

ações (às vezes mais ou menos previsíveis) por parte de seus participantes³²⁸. E são essas ações, direcionadas para a medicina da mulher naquele hospital, que serão procuradas e analisadas nesta parte da pesquisa.

Nesse sentido, trazendo um olhar mais generalista sobre o hospital da Santa Casa dentro dos anos analisados, é possível dizer, do ponto de vista organizacional e administrativo, que este passou por, no mínimo, três fases distintas dentro do período examinado. Cabe salientar que a identificação e delimitação de tais fases são de conta e risco deste pesquisador, não tendo sido observadas nas referências bibliográficas utilizadas. Importante mencionar que a verificação dessas etapas se deu, principalmente, por meio da leitura detida sobre a documentação produzida pela SCMPA, baseada principalmente nos relatórios da provedoria³²⁹, livros atas³³⁰ e na crônica das Irmãs Franciscanas³³¹.

A análise sobre as fontes foi conduzida do seguinte modo: primeiramente, para o estabelecimento do universo a ser observado foi realizada uma espécie de “genealogia” física e organizacional do hospital da Santa Casa dentro dos anos analisados. Foram realizados inúmeros apontamentos sobre a Irmandade e o seu hospital, tendo sido levantadas informações sobre: a organização dos cargos (neste ponto ganha em importância a análise realizada sobre a “organização administrativa e funcionamento da SCMPA e do seu hospital”, trazida na primeira parte desta dissertação); as repartições existentes; a identificação dos médicos e membros da alta administração e dos funcionários do hospital; os instrumentos de medicina utilizados; a trajetória profissional e política de alguns médicos; as formas de tratamento utilizadas etc. O exame sobre os cargos e postos, a partir das suas funções e da forma de escolha de quem os ocupava, permitiu verificar o que representava a ocupação daquelas posições, dentro da lógica organizacional da Santa Casa e do seu hospital. Logo, a análise desse conjunto de aspectos, sempre voltada para o que se referia ao atendimento das mulheres (mesmo que, às vezes, de forma não tão direta, devido à escassez de fontes nesse sentido), permitiu visualizar os processos ocorridos e as modificações empreendidas naquela Instituição em torno da medicina da mulher, no período recortado.

³²⁸ Conforme trazido por Paulo Henrique Martins, ao tratar da dualidade indivíduo x sociedade. MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dívida e o paradoxo sociológico. In MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno (orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2008. p. 8-23. p. 9.

³²⁹ RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910).

³³⁰ Principalmente para os anos em que não existem, para consulta, os relatórios da SCMPA (1885, 1886, 1887). Cabe ressaltar que algumas espécies de informações somente são encontradas nos relatórios, tal como as de caráter mais descritivo e quantitativo sobre o hospital. LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Op. cit.

³³¹ CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Op. cit.

A partir da identificação dos sujeitos envolvidos, foram buscadas informações sobre aspectos gerais de atuação daqueles homens na sociedade e das suas ações na SCMPA, tendo como enfoque o grupo de médicos que se relacionava mais diretamente à medicina da mulher que lá se realizava. Foram, assim, procurados subsídios referentes à trajetória particular dos sujeitos, considerando: os postos ocupados pelos mesmos dentro da Instituição; quando médicos, o período e local de formação acadêmica, currículo cursado e, se possível, a identificação do tema e título da tese defendida no curso, a fim de observar a especialidade de formação; cargos ocupados fora da Santa Casa (outros hospitais, cargos públicos do governo, exército etc.). Tal perspectiva apontou para a necessidade do uso de outras fontes auxiliares, que ultrapassam a documentação da SCMPA, sendo assim utilizados os seguintes recursos: dicionários biográficos (físicos e *on-line*)³³², biografias³³³, *blogs* genealógicos e de curiosidades históricas (voltados, na maior parte das vezes, para a medicina)³³⁴, documentos governamentais³³⁵, revistas médicas³³⁶, memórias das universidades de medicina (mormente incluídas de forma completa em documentos governamentais e de modo resumido nas revistas de medicina), entre outras. Para além das fontes primárias, como elemento balizador bibliográfico em torno da temática aqui explorada, por seu caráter aprofundado de

³³² BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Robert Koch. Disponível em: [<http://www.bvsalut.coc.fiocruz.br>]. Fiocruz. Acesso em maio 2011. DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. HISTORIADELAMEDICINA.ORG: História de la Medicina – Biografias. Valência, Espanha. Disponível em: [<http://www.historiadelamedicina.org/>]. Acesso em mar. 2011. LAYTANO, Dante de. *Manual de fontes bibliográficas para o estudo da história Geral do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 1979. MANFROI, Waldomiro. Médicos escritores: uma longa e contínua tradição. Wwlivros. Sem data. Disponível em: [<http://medicosescritores.com.br/>]. Acesso em out. 2011. SANTANA, Antonio Samarone de; DIAS, Lúcio Antonio Prado; GOMES, Petrônio Andrade. Dicionário biográfico de médicos de Sergipe. Academia Sergipana de Medicina. Disponível em: [<http://linux.alfamaweb.com.br/>]. Acesso em jul. 2011.

³³³ PORTO-ALEGRE, Achylles. *Homens Ilustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1917. CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006.

³³⁴ DR. NICANOR LETTI. História da Faculdade de Medicina da UFRGS. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br>]. Acesso em set. 2011.

³³⁵ RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. SIE 3001, 3002 e 3003 (1893–1896). Op. cit. ALMANAQUE LAEMMERT. 1844-1889. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre 2010 e 2012.

³³⁶ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (anos: 1888, 1892, 1894, 1895): Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

conhecimento, foram consideradas as pesquisas de Beatriz Teixeira Weber, referentes às questões da administração e medicina que se realizava na SCMPA³³⁷.

Dessa maneira, a partir desse vasto material de pesquisa, foi possível realizar abordagem mais detida sobre a Instituição e seus membros, bem como, mais contextualizada da SCMPA e dos seus membros dentro da sociedade em que estavam inseridos, em torno do que se relacionava com a medicina da mulher naquele hospital. Logo, por meio desse levantamento de informações, identificaram-se algumas redes de vínculos sociais entre aquelas pessoas, dentro e fora da SCMPA: de conhecimento médico (formação comum entre aqueles membros) e de atuações profissionais (que não deixam de estar ligadas às vinculações sociais e políticas daqueles mesmos sujeitos).

Visto isso, as três fases do hospital da Santa Casa anteriormente mencionadas representaram, no mínimo, diferentes modificações nas seguintes esferas: criação e disposição de espaços físicos, número de médicos, aparelhagem das repartições, desenvolvimento de especialidades médicas, forma de atendimento prestado, conhecimento médico-científico, poder dos médicos frente à administração. Importante ressaltar que se trata de três fases distintas dentre os anos privilegiados pelo recorte temporal dessa pesquisa, e não da trajetória do hospital ao longo de sua existência. De maneira bem resumida, a partir do destaque de alguns traços característicos, essas três fases podem ser apresentadas temporalmente sob a seguinte forma: a primeira inicia bem antes do início do recorte temporal privilegiado por essa pesquisa (década de 1850) e se estende até o final da década de 1880 (por isso a necessidade de voltar alguns anos na análise a fim de melhor compreendê-la). É marcada por indícios de muita precariedade em termos de pessoal, espaço físico (incluindo a sua distribuição) e instrumentos médicos, com poucos médicos (ou nenhum) fazendo parte da alta administração da Irmandade e do hospital, ou seja, pouco participando das decisões tomadas naquele período.

A segunda, a mais curta e representativa em termos de mudanças dentro do hospital, vai do final da década de 1880 a 1891, com vários médicos fazendo parte da alta administração da Instituição SCMPA. Período este também marcado pela criação de várias enfermarias, repartições e, também, de renovação do corpo médico, ocasionando uma verdadeira revolução na organização da medicina que se realizava naquele local. Tais

³³⁷ Principalmente os textos: WEBER, Beatriz Teixeira. Op. cit. WEBER, Beatriz Teixeira. *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*. Disponível em: [<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf>]. Acesso em: jul. 2010.

modificações estariam intrinsecamente relacionadas ao surgimento da preocupação específica com a saúde e a medicina da mulher naquele local, conforme será examinado. Seria também neste momento que a Santa Casa se constituiria como um laboratório para uma medicina de caráter mais científico que ainda se dava de forma embrionária.

A terceira fase, iniciada em 1892, que mantém muitas das mudanças ocorridas nos anos de 1890 e 1891, possui um traço bem peculiar: parece estar intimamente ligada às agitações políticas causadas pela Revolução Federalista. Será marcada pela saída dos médicos da alta administração deixando lugar para os militares, em grande parte, ocuparem aqueles cargos. Seria nesta oportunidade que o Tenente Coronel Antonio Soares de Barcellos subiria ao cargo de Provedor e somente o deixaria em 1914, o que possivelmente marcaria o final dessa terceira fase. Este período também é caracterizado pela chegada das Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã, que passaram a ser responsáveis pela administração das enfermarias.

Entretanto, realizado esse esboço, cabe salientar que *as fases* destacadas não são aqui observadas como conformadas a partir de rupturas que destruíram o que se tinha produzido em momento anterior. Ao contrário, são vistas como mudanças contínuas dentro de um processo que considerava o contexto mais específico e o mais amplo (em suas várias esferas), sendo constituído por avanços, pausas e alguns retrocessos (dependendo do fenômeno específico observado e do olhar a ele direcionado), às vezes ocorrendo de forma mais rápida ou mais lenta. Por isso, não é possível estabelecer datas muito fixas para a indicação do início e término de cada fase e, ainda mais, quando se tratar do final da aqui chamada 1ª fase. Conforme visto, os processos que estão interligados com o final dessa fase e início da 2ª se davam de forma mais ou menos gradual. Porém, ao se tratar do final da 2ª fase, observa-se o contrário: uma repentina mudança.

De qualquer modo, a análise textual desses processos não será realizada de forma fixa, dividida por fases. O exame sobre estas fases melhor se desenvolve quando expostas em conjunto, não se repassando para o texto rupturas de processos históricos que talvez não tenham se dado de forma tão brusca ou aparente, naquela realidade. Observado de outro modo, tentar-se-á não conduzir a leitura deste texto de forma fechada, procurando também deixar ao leitor certa liberdade de análise sobre a constituição daquelas fases, de acordo com os processos demonstrados. Logo, a elaboração e descrição das etapas acima indicadas, nada mais são do que uma forma (de tantas outras possíveis) de melhor tentar compreender aquela realidade.

Visto que esta parte da análise pretende observar como as ações de indivíduos que atuaram na SCMPA influenciaram no tratamento médico oferecido pelo hospital enfocando a saúde e a medicina da mulher, alerta-se que dada a impossibilidade de examinar de forma pormenorizada as ações de todos os envolvidos que lá atuaram, o exame recairá de modo mais específico sobre alguns sujeitos e suas redes de relações. A escolha desses indivíduos se deu por meio da utilização de critérios baseados na análise prévia realizada sobre a documentação e bibliografia existente sobre os mesmos e suas ações relacionadas à medicina da mulher ou às mudanças no hospital que representaram modificações para o tratamento das mulheres que lá se realizava. Também como critérios na escolha desses sujeitos, consideraram-se as posições políticas estratégicas ocupadas por eles dentro e fora da Santa Casa, bem como, o tempo de atuação na Pia Instituição. Aspectos esses que se mostraram intimamente relacionados às ações tomadas em relação aos processos que se desenvolviam no hospital.

É importante iniciar destacando que o provedor José Antonio Coelho Júnior³³⁸, no ano de 1881, concluiu seu nono ano à frente da Pia Instituição. Dentro desses nove anos, e voltando ainda mais, até meados da década de 1850, no que se refere à organização física e funcional do hospital parece ter ocorrido pouquíssimas mudanças. O mesmo se pode dizer até o ano de 1889. Logo, é necessário examinar, mesmo que brevemente, como se dava o funcionamento daquela repartição no período anterior ao ano de 1880, a fim de melhor entender o contexto dos anos de 1880 a 1889 (o que seria o final da primeira fase). Anos estes que, por sua vez, fazem parte de um período para o hospital que, conforme identificado, cobre mais de trinta anos³³⁹.

De acordo com o que foi possível observar nos relatórios da Instituição, desde 1855 até a metade da década de 1880 o hospital da SCMPA era mais ou menos assim organizado:

³³⁸ O Provedor José Antonio Coelho Júnior, conforme visto, teve papel fundamental na criação do Hospício São Pedro, fundado em 1884: “A chácara adquirida para a edificação do Hospício tinha 38,5 ha. A Fazenda Provincial, autorizada pela Lei Provincial 1.220, de 16 de maio de 1879, comprou o espaço da viúva Maria Clara Rabello por 25 contos de réis. A comissão responsável pela administração da obra, nomeada pelo Presidente da Província, Carlos Thompson Flores, em novembro de 1879, foi presidida pelo Provedor da Santa Casa, José Antonio Coelho Junior. Os recursos para custear o empreendimento foram bancados, principalmente, por doações de filantropos e pelas rendas obtidas com as extrações de Loterias da Província, conforme a Lei Provincial 944, de 13 de maio de 1874”. CHEUICHE, Edson Medeiros. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. vol.26 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2004. p. 1.

³³⁹ Cabe destacar que a análise sobre os anos anteriores a 1880 foi realizada sob a forma de amostragem, tendo como fontes os relatórios da provedoria. Desse modo, foram consultados os relatórios de 1855, 1857, 1867, 1868 e 1872. A análise seriada dos documentos da SCMPA (incluindo os Livros Atas) se deu a partir de 1880. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1855, 1857, 1867, 1868 e 1872. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Este Pio Estabelecimento tem cinco enfermarias, todas constantemente ocupadas; sendo a 1ª dos homens, inclusive as Praças do Corpo Policial; a 2ª das mulheres; a 3ª dos menores do Arsenal de Guerra; a 4ª dos Sócios da Sociedade Portuguesa de Beneficência; e a 5ª dos presos civis pobres. Os enfermos são socorridos por três professores, contratados especialmente para esse fim, e o serviço das enfermarias é feito por um 1º Enfermeiro, por um ajudante deste e por serventes, além de um 5º Enfermeiro, que somente se ocupa com o curativo dos enfermos de Cirurgia na enfermaria dos homens; por uma enfermeira e as serventes necessárias na enfermaria de mulheres³⁴⁰.

Tal passagem ganha em importância por ser a única, dentro da documentação analisada, que descreve de forma mais pormenorizada as enfermarias existentes com seus respectivos nomes e o quadro funcional do hospital, dentro do período anterior aos anos 80. Nota-se que a 4ª enfermaria não seria mais usada para o mesmo fim, já que em 1858 seria fundado o primeiro hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, sendo extinto o contrato com a SCMPA, que previa o tratamento dos associados daquela Sociedade. Porém, não foi identificado o novo uso que se deu para aquele determinado espaço. Destaca-se por meio desses relatórios mais antigos que, ao menos até a criação do Compromisso de 1867, não havia mordomia específica para o hospital. Estas se resumiam às mordomias da capela, botica, expostos, cemitério, presos e testamentos³⁴¹.

Não foram identificadas modificações consideráveis na organização das enfermarias até o ano de 1877, oportunidade em que o provedor José Antonio Coelho Júnior mandou construir uma enfermaria específica para escravos particulares. Importante destacar da citação do relatório de 1855 que havia já naquele ano, uma enfermaria específica para as mulheres, sendo os trabalhos desta realizada, com a exceção do médico, somente por mulheres. Nota-se que mesmo sem a presença de Irmãs nas enfermarias, o que ocorreria somente em 1893, a preocupação com a moralidade era uma constante no hospital da SCMPA. Para além da divisão das enfermarias por sexo, classes e condições sociais, também se observa a preocupação em separar os “menores do arsenal” dos homens. Conforme colocado pelo provedor em questão, a implantação da 3ª enfermaria (realizada naquele ano) se deu “por algumas razões de moralidade”.

Na verdade, o que se observa por meio dessas informações sobre organização do espaço físico do hospital por enfermarias, é uma preocupação mais voltada para aspectos sociais, tal como a classe, o sexo e a idade dos enfermos, do que para motivos nosológicos, ou

³⁴⁰ Ibid. 1855. p. 4.

³⁴¹ Vide contracapa do relatório de 1857: Ibid. 1857. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

seja, por doença ou grupo de enfermidade, ou ainda, por especialidade médica. Porém, como contraponto a ser exposto, em 1857 debatia-se a necessidade da criação de uma enfermaria específica para o tratamento das doenças contagiosas. A criação da mesma foi aprovada em sessão (14 de janeiro do dito ano), mas, por falta de recursos, os enfermos acometidos por aquelas enfermidades estavam sendo tratados em sala improvisada, “contígua à arrecadação geral”³⁴². Entretanto, tudo indica que a criação da dita enfermaria não saiu do papel, isso visto que a próxima menção sobre a criação de um local específico para o tratamento de enfermidades contagiosas, de acordo com os documentos examinados, somente iria ocorrer no final dos anos 80 e início dos 90 do século XIX. Desse modo, naqueles anos, sabia-se da necessidade e importância da criação de uma enfermaria específica para aquelas doenças, porém, tal medida ficava somente no plano das ideias, sem qualquer ação de caráter mais prático.

Nesse ponto, infere-se uma hipótese: talvez aquela enfermaria não tenha sido criada, pela pouca força política, dentro da SCMPA, dos médicos que lá atuavam. Muitas benfeitorias foram realizadas naquela Instituição naqueles anos (construção de muros, melhoramentos nas instalações de um modo geral), menos as destinadas aos melhoramentos da atividade médica e ao tratamento dos enfermos. Tal apontamento será observado até o final dos anos 80. Logo, a hipótese apresentada direciona a análise dos aspectos físicos da instituição e para o corpo funcional que trabalhava na medicina da Santa Casa naqueles anos.

Dos anos 50 até o final dos anos 80, a Pia Instituição contava, anualmente, com o trabalho de dois a três médicos e um reduzido número de enfermeiros e serventes. Cabe deter a atenção, mesmo que brevemente, para os enfermeiros: primeiramente, é importante destacar que não se tratavam de profissionais diplomados, mas sim, de práticos³⁴³. Alerta-se, ainda,

³⁴² Ibid. 1855. p. 4.

³⁴³ O relatório de 1855 é rico em informações mais detalhadas, ao tratar do pessoal das enfermarias: “O estabelecimento está muito bem servido com o 1º Enfermeiro Antônio Ferreira de Lacerda, porque, além de muita prática e atividade, nunca abandona nem relaxa o cumprimento de seus deveres; e não o está menos como o 3º Enfermeiro João Bekman, no serviço que lhe corresponde, de somente tratar dos enfermos de Cirurgia, porque além de caritativo, tem a prática de mais de 15 anos, adquirida neste Hospital, onde foi recolhido como enfermo e ainda o é, passando depois a servir de enfermeiro de Cirurgia. O 2º Enfermeiro Antonio Ignácio, ainda que tenha bons desejos, pouco pode fazer, por sua avançada idade e por isso mesmo e pela falta de habilitações, não pode servir para substituir o 1º Enfermeiro em suas faltas, mas é lugar sempre difícil de preencher bem, por causa do pequeno ordenado. Está também o hospital muito bem servido com a atual enfermeira das mulheres, Demenciana Flora da Fonseca, que além de ser mulher capaz, ocupa-se com toda a caridade e desvê-lo no tratamento das enfermas a seu cargo, e no serviço da respectiva enfermaria, e nas horas que lhe restam emprega-se com algumas das Serventes nas costuras do Hospital. Seus bons serviços sendo reconhecidos pela Mesa Transata, esta elevou seu ordenado a 32\$000 réis mensais”. Nota-se também, como no caso de Demenciana, que as funções do enfermeiro eram muito variadas, podendo ser incorporadas outras atividades não relacionadas ao cuidado com os enfermos (principalmente para uma mulher que ocupasse tal função). RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1855. p. 5. O primeiro curso profissional para enfermeiros, no Brasil,

para o fato de que os enfermeiros poderiam ser *recrutados* entre os próprios enfermos da instituição. O mesmo poderia ocorrer para o cargo de servente, porém, conforme identificado, para esta função normalmente arregimentavam-se “africanos livres que foram concedidos pelo Governo para o serviço deste estabelecimento”³⁴⁴. Naquele período, o pessoal do hospital, para além dos médicos, era composto por três enfermeiros e uma enfermeira (sendo que dois dos enfermeiros acima relacionados eram também denominados como 1º e 2º ajudantes). No decorrer dos anos, o número de enfermeiros e ajudantes iria variar de cinco a seis até o ano de 1884, folha em que seriam incorporados mais quatro ajudantes (denominados como de enfermagem, medicina, cirurgia e inválidos) e que se juntariam mais quatro enfermeiros, para o serviço dos anos posteriores³⁴⁵.

Cabe trazer um detalhe curioso de informação retirada do relatório de 1855: a enfermeira Demenciana Flora da Fonseca recebia o ordenado de 384\$000, enquanto que o 1º enfermeiro recebia 386\$400 réis, ou seja, pouco a mais que a enfermeira das mulheres. Inclusive, Demenciana tinha rendimento maior que o do “médico Doutor Luiz da Silva Flores” (300\$000) e dos cirurgiões, o “Dr. Porfírio Joaquim de Macedo” (300\$000) e “Antonio José de Moraes” (240\$000). Este último, como se bem pode notar, pelo salário reduzido e pela ausência do título, muito possivelmente, também se tratava de um prático. Cabe destacar que este foi o único relatório que apontou um dos médicos (ou cirurgiões) da Santa Casa sem o título de doutor. Porém, em 1857, o salário do médico (Dr. Domingos Gonçalves Ramos) seria de 600\$000, e os outros dois médicos (Dr. Manoel José de Campos e o Dr. José Alves Nogueira da Silva) serviriam gratuitamente³⁴⁶, o que se tornaria a tônica para os demais anos e médicos da Santa Casa. Nota-se, também, que houve naquela oportunidade

somente seria criado em 1890, por meio do Decreto N. 791 de 27 de setembro daquele mesmo ano. Parecia ser mais voltado para o tratamento de alienados, pois, conforme consta em sua ementa: “Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”. DECRETO Nº 791, DE 27 DE SETEMBRO DE 1890. Disponível em [http://www2.camara.gov.br].

³⁴⁴ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. 1855. p. 9. Nota-se que a SCMPA tinha seus serviços permeados pela mão de obra africana (trazida pela fonte consultada como “livre”, porém, há de se relativizar o sentido de ser um “africano livre”, detido pelo governo [possivelmente advindos do tráfico ilegal de africanos para o Brasil]). Os africanos exerceriam funções: [...] no serviço do Cemitério, outros no da cocheira, e outros finalmente nas Enfermarias, Cozinha, Botica e Capela, empregados como serventes; e para prestarem melhor serviço, mandei ensinar a um o ofício de ferrador para se empregar na ferragem das mulas da cocheira, como outros já lá existem servindo de cocheiros e bolieiros; a outro o ofício de funileiro, para fazer consertar o vasilhame das Enfermarias [...] e ao servente da Capella o ofício de armador para os misteres da mesma Capela e do Estabelecimento pelo que respeita a este ofício, e estando já todos adiantados, convém que continuem, para se chegar ao fim que se teve em vista”. Ricardo de Lorenzo, no segundo capítulo de sua dissertação, realiza uma boa análise sobre a relação da SCMPA e o trabalho escravo. Ver: LORENZO, Ricardo de. Op. cit.

³⁴⁵ Ver quadro de pessoal da SCMPA, anexo ao relatório. Ibid., 1884.

³⁴⁶ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1857. Mapa do Pessoal e vencimento (...).

uma modificação completa do quadro médico, coisa que não seria mais comum por vários anos.

Pode parecer estranho, a primeira vista, enfermeiros terem rendimentos próximos ou até maiores que os dos médicos (como no caso específico do ano de 1855, coisa que não se repetiu em anos posteriores). Entretanto, a diferença de ordenado talvez estivesse relacionada, para além da formação específica e à atribuição, ao tempo em que cada um permanecia no hospital realizando as tarefas que lhe eram pertinentes. Conforme foi observado nos relatórios, os enfermeiros (principalmente o “enfermeiro-mór”) praticamente residiam na Santa Casa, não sendo raras as vezes em que os provedores indicavam que os primeiros socorros aos enfermos, principalmente no turno da noite, eram realizados pelos enfermeiros. O mesmo ocorria nos turnos diurnos, quando os médicos falhavam as visitas³⁴⁷. Desse modo, desde os anos 50 até meados da década de 1890, os médicos somente realizavam visitas às enfermarias da Santa Casa e aos doentes, que deveriam ocorrer nos turnos da manhã e tarde. No relatório de 1884, o provedor Joaquim Pedro Salgado, esboçando planos de modificações, tratou sobre a criação do lugar de médico residente no hospital, o que não foi colocado em prática naquela oportunidade³⁴⁸.

Direcionando a atenção para o quadro médico da SCMPA, destaca-se que entre os anos de 1855 e 1889, o número de facultativos atuantes nas enfermarias do hospital não passou de três médicos (em alguns anos foram somente dois), não havendo médico específico para o cuidado das mulheres³⁴⁹. Após o ano de 1857 até 1890, as substituições ocorridas no quadro médico foram muito pontuais, sendo comum que um mesmo médico servisse à Instituição por longo espaço de tempo: Dr. Porfírio Joaquim de Macedo, conforme foi possível observar pela amostragem de fontes, serviu à SCMPA entre, ao menos, os anos de 1855 e 1872³⁵⁰. Situação similar ocorreu com o Dr. Domingos Gonçalves Ramos (1857 até, ao menos, 1872). No relatório de 1867 apareceria a figura de outro médico, Dr. Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, que prestou seus serviços à Santa Casa até 1872.

Seria naquele mesmo ano que, em seu lugar, entraria uma figura emblemática para aquele hospital nas décadas seguintes: o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, que lá atuaria

³⁴⁷ Ibid. 1891. p. 6.

³⁴⁸ Conforme segue: “Com tudo, creio que o único meio de atalhar um tanto os males inconvenientes resultantes dessa falta está na existência do enfermeiro-mór que tem como principal dever ministrar os primeiros e mais simples socorros aos enfermos, na ausência dos facultativos”. Ibid. 1884. p. 6.

³⁴⁹ Cabe destacar que as fases anteriormente relacionadas foram pensadas considerando fatores para além do número de médicos atuantes nas enfermarias.

³⁵⁰ Possivelmente, teria ficado mais alguns anos na SCMPA, porém, requer a análise dos relatórios dos anos localizados entre 1873 e 1879.

como cirurgião e médico, daquele ano até 1889 (com algumas breves saídas e retornos) e de 1892 a 1893. Israel Rodrigues Barcellos Filho nasceu em Porto Alegre, fevereiro de 1845, e faleceu na mesma cidade, em setembro de 1923³⁵¹. Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1870³⁵² e, conforme identificado, as especialidades abordadas em sua trajetória acadêmica tinham, ao menos, relações com uma medicina mais voltada para a mulher:

Israel Rodrigues Barcellos
 Dissertação
 Ciências Cirúrgicas: Iridectomia.
 Ciências Acessórias: Do aborto criminoso
 Ciências médicas: Diagnóstico diferencial da febre amarela e febre biliosa dos países quentes.
 Ciências cirúrgicas: Dos vômitos rebeldes na prenhes³⁵³.

Conforme se verifica, para além de uma formação variada dentro das ciências da medicina, Barcellos se ocupou de dois temas relacionados ao estado de gravidez. Infelizmente, tais textos não foram encontrados para melhor exame sobre o conteúdo. Em Porto Alegre, por meio de seu serviço como médico e cirurgião, ficou conhecido por administrar a homeopatia como principal forma de tratamento para seus pacientes³⁵⁴. Ao que tudo indica, tal método era utilizado na SCMPA e na clínica particular de Barcellos³⁵⁵. Infelizmente, não foi possível verificar como se dava o tratamento homeopático na Santa Casa. Entretanto, observou-se que tal método também era utilizado no Hospital da Sociedade

³⁵¹ “Era filho do Dr. Israel Rodrigues Barcellos e de sua esposa Dona Maria Josepha Pinto Bandeira Freire. Por parte paterna, descendia da antiga família pelotense do Comendador Boaventura Barcellos, este também médico de renome, na cidade de Pelotas. Por parte materna era neto do Cel. Vicente da Silva Freire e bisneto do Brigadeiro Raphael Pinto Bandeira. O Dr. Barcellos Filho, foi casado com Dona Maria Luiza Fernandes, sem que houvesse filhos do casal”. BLOG DA DRA. GLACI (Assuntos relacionados a história da Homeopatia e da Medicina em geral). Pioneiros da homeopatia - Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho - Porto Alegre 1845-1923. Disponível em [<http://glaciblog.blogspot.com>]. Acesso em nov. 2011. Fonte utilizada pela autora: Fonte: Boletim de Homeopatia, junho de 1953. Órgão oficial da Liga Homeopática do Rio Grande do Sul. Redação: Av. Otavio Rocha 116.

³⁵² Id.

³⁵³ RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1872. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima quarta legislatura pelo ministro e secretário de estado dos negócios do império, Dr. João Alfredo Corrêa de Oliveira – 1872. Anexo D, p. 17: “Relação das Theses sustentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro durante o ano de 1870”.

³⁵⁴ BLOG DA DRA. GLACI Op. cit.

³⁵⁵ No relatório de 1884, o provedor em questão indica que Barcellos utilizava instrumentos de sua clínica civil. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1884. p. 4.

de Beneficência Portuguesa³⁵⁶. O que parece se identificar por meio dessas considerações é que se tratava de um método que gradativamente passava a ser menos utilizado pela medicina diplomada daquele período, sendo ainda defendido por alguns profissionais e sofrendo agressões por tantos outros. Conforme identificado nas fontes, foi observado que o abandono do tratamento homeopata nos hospitais da Santa Casa e Beneficência Portuguesa estaria ligado ao afastamento dos médicos responsáveis (Israel Barcellos e José Bittencourt, no caso da Beneficência Portuguesa). Observando o fenômeno de outra maneira, demonstrava-se como um método de cura que resistia de forma personalizada nas figuras daqueles dois médicos³⁵⁷.

De acordo com o analisado, foram poucas as modificações ocorridas até 1889 no hospital da SCMPA, e ainda mais, direcionadas para a saúde da mulher, visto que continuava a contar somente com uma enfermaria específica para mulheres. Dentro do que foi possível observar até aquele ano, no que se refere à participação de Barcellos para alguma modificação ou benfeitoria no hospital, parece que foi a de instigar a provedoria a adquirir um “arsenal cirúrgico”, em 1883. Dentro desse arsenal, destacam-se muitos e diversos instrumentos utilizados para a medicina da mulher no período. Nos relatórios analisados, os provedores não poupavam elogios a Israel Barcellos, principalmente por este atender de forma gratuita os expostos da SCMPA, mesmo quando ainda recebia vencimentos pelo trabalho no hospital³⁵⁸. Mesmo assim, parece que o carisma de Israel Barcellos não foi suficiente para conseguir junto à alta administração a compra do arsenal cirúrgico por ele catalogado³⁵⁹.

³⁵⁶ Naquele hospital, o tratamento homeopata (havia uma seção de homeopatia) foi suprimido em 1892, quando o Dr. José Bernardino da Cunha Bittencourt se afastou da insituição. Dessa maneira, não se deve pensar que a homeopatia se constituía como um método de cura marginal utilizado por curadores não profissionais, mas sim, como uma forma de tratamento amplamente difundida e utilizada por diversos médicos diplomados. RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1892. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre. Uma boa fonte para examinar como se administrava o método homeopático, é o conhecido livro de Napoleão Chernoviz, intitulado “*A grande farmacopéia brasileira - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras*”, que teve várias edições lançadas na segunda metade do século XIX. Neste guia, Chernoviz explica de forma pormenorizada a constituição e elaboração das fórmulas dos remédios homeopáticos, suas indicações e posologias, além de trazer os materiais (instrumentos) necessários para a criação dos mesmos. Chernoviz foi um médico conhecido e respeitado no Brasil, naquele período, sendo seus livros anunciados, inclusive, na *Gazeta Médica da Bahia*, uma das revistas médicas mais respeitadas no Brasil. CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *A grande farmacopéia brasileira - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1996. v. 1 (Reconquista do Brasil 2ª série). Como exemplo, ver página de anúncios na revista de abril de 1891. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900.

³⁵⁷ Demonstrando a importância do indivíduo dentro dos processos históricos.

³⁵⁸ A partir de 1882, Israel Barcellos passaria a atender, também no hospital, gratuitamente. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1882.

³⁵⁹ Em 1884, o Provedor Joaquim Pedro Salgado relatava: “conquanto já o ilustrado clínico Dr. Barcellos Filho tivesse catalogado os instrumentos mais recomendados pela ciência e necessários para o serviço do hospital; ainda não foi possível adquiri-los”. Ibid. 1884. p. 4.

A relação dos instrumentos necessários para a enfermaria de cirurgia incluía as seguintes especialidades, de acordo com Israel Barcellos Filho: moléstias dos olhos; dentes; orelhas; fossas nasais; beijo de lebre; boca; amídalas; traqueotomia; laringe; esôfago; punção e respiração; hérnias; enterotomia; fistulas do ânus; hemorróidas, estreitamento intestino-retos; fimoses; vias urinárias; litotricia; operação de pedra; **moléstias das senhoras; fístulas véscio-vaginais; ovariectomia; partos**; amputações; receção; diversas³⁶⁰. São apontados dentro dessas especialidades mais de 200 itens necessários, de urgência, para o hospital (sendo que alguns desses deveriam ser comprados em determinadas quantidades maiores que uma peça).

Logo, diante do apontamento de tamanha relação e de tão variadas especialidades, ressalta-se, ao menos aparentemente, o conhecimento amplo da ciência da medicina dominado por Israel Barcellos, conforme pode ser presumido pela temática de sua dissertação em “ciências acessórias” e “cirúrgicas”. De outro modo, a catalogação realizada pelo médico-cirurgião demonstrava as necessidades (ou situação de precariedade) do hospital da SCMPA. Nesse sentido, até mesmo o provedor admitia a real necessidade de aquisição de um arsenal cirúrgico, e ainda mais, relatando que apesar de “bem cuidado”, o hospital ainda não se encontrava à altura da Instituição³⁶¹. Por outro lado, mesmo sem a compra ter sido efetuada, a relação de materiais oportuniza, ao menos, verificar quais instrumentos se consideravam necessários para a realização de uma medicina mais direcionada para as mulheres na Santa Casa, identificada como “moléstias das senhoras”, conforme segue:

Moléstias das senhoras

- 1 espelho com cabo maneável, do Dr. Cusco.
 - 1 espelho com três conchas.
 - 3 espelho de Ferguson.
 - 1 espelho de bucho para cauterizações.
 - 3 ferros variados para cauterizações.
 - 1 pinça para curativos do útero.
 - 1 histerometro.
 - 1 porta nitrato, comprido.
 - 12 esponjas preparadas.
 - 2 pinças de agarras, direita e curva, de museux.
 - 1 errina dupla com braço.
 - 1 garra de atar, comprida e curva, do Dr. Maissonneuve (mod. Collin).
 - 1 esmagador curvo, de Chassaignac.
 - 2 tesouras, compridas e curvas.
 - 1 bisturi comprido com botão.
- Fístulas véscio-vaginais**
- 1 válvula dupla, de Sims.
 - 2 tesouras curvas e compridas.

³⁶⁰ Ibid. 1883. Quadro n. 8. Relação dos instrumentos precisos para compor o Arsenal Cirúrgico.

³⁶¹ Ibid. p. 7.

2 bisturis compridos.
 1 bisturi de lamina mudável, de Sims.
 2 pinças curvas, com garras.
 1 pinça direita, sem garras.
 1 pinça porta-agulhas, de Collin.
 12 agulhas.
 6 rolos de fio de prata.
 1 guarda-fios com agulhas sortidas.
 1 espátula.
 1 gancho para separar fios.
 1 torcedor de fio, de Demonvilliers.
 1 sonda de prata, de permanência.

Ovariectomia

1 sonda de prata, para mulher.
 1 bisturi fixo.
 1 sonda canulada.
 8 trocartes do Dr. Pean.
 2 pinças côncavas.
 18 pinças hemostáticas.
 1 agulha comprida com cabo.
 1 aperta-nó de fio torcido.
 1 clamp (mod. Collin).
 6 agulhas de prata.
 1 agulha com cabo fixo para suturas abdominais.
 100 alfinetes fortes.
 6 carreteis de fio de prata.

Partos

1 compasso pelvimetro.
 1 fórceps com dobradiças, do professor Pajot.
 1 fórceps pequeno, do mesmo, para o estreito inferior.
 1 fórceps, do professor Tarnier, de trações normais.
 1 fura crânio de Blot.
 1 pinça de germe falso.
 1 tesoura cefalatomica, de Dubois.
 1 cefalotesbo de Blot.
 1 instrumento, do Dr. Tarnier, para partos prematuros.
 6 serras finas para cortar o perinco.
 1 tubo laryngico³⁶².

De acordo com a análise realizada sobre os artigos científicos da Gazeta Médica da Bahia voltados para a obstetrícia e ginecologia, verifica-se que muitos dos instrumentos relacionados por Barcellos Filho eram citados nos relatos de experiências de médicos europeus e brasileiros lá publicados. Tais informações ganham importância ao indicar que tais itens se constituíam como extremamente necessários para a realização dos procedimentos médicos em voga no período, de acordo com a medicina científica que estava voltada para a

³⁶² Ibid. Quadro n. 8. Relação dos instrumentos precisos para compor o Arsenal Cirúrgico.

medicina da mulher³⁶³. Observou-se que, ao menos até 1890, tais instrumentos que comporiam um verdadeiro “arsenal cirúrgico”, não seriam, de fato, encomendados.

Voltando à figura de Israel Barcellos Filho, saindo brevemente dos limites geográficos da Santa Casa, ressalta-se que este médico ocupou o cargo de Inspetor de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul nos anos de 1886, 1887 e 1888 (último ano em que as fontes permitiram identificar quem ocupou o cargo antes da Proclamação da República)³⁶⁴. Barcellos Filho foi o primeiro a ocupar tal cargo após a criação da repartição na Província³⁶⁵. Se por um lado não foram encontradas nas fontes analisadas relações entre o trabalho de Israel Barcellos como Inspetor e também médico-cirurgião da SCMPA, é possível inferir que a ocupação do primeiro cargo indicava, no mínimo, um bom relacionamento com os políticos que estavam no poder, naqueles anos. Barcellos era filho do político Dr. Israel Rodrigues Barcellos (formado em ciências jurídicas e sociais pela academia de São Paulo), vinculado ao partido monárquico conservador, sendo eleito por várias vezes deputado da Assembleia Provincial, chegando, em 1869, a ser nomeado presidente da Província do Rio Grande do Sul, pelo mesmo partido, por um período de poucos meses³⁶⁶.

Retornando aos limites geográficos da SCMPA, é interessante notar que Barcellos Filho, em 1884, aparecia como médico-diretor do hospital (o que iria se repetir até 1889 e, depois, em 1892). Cabe destacar que foi naquele ano a primeira vez que o cargo de médico-diretor foi mencionado nas fontes³⁶⁷. Porém, não foram encontrados documentos que

³⁶³ Tal como no artigo “Casos de céfalotripsia repetida sem trações e de cranioclasia”, escrito pelo Dr. Pacífico Pereira, publicado em julho de 1882 pela Gazeta Médica da Bahia. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, nov. de 1881, p. 226.

³⁶⁴ RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1885. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. de 2010. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspetoria de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

³⁶⁵ As Inspetorias foram criadas a partir do Decreto N. 9554 de 3 de fevereiro de 1886, que reorganizava o serviço sanitário do Império. A Inspetoria da Província de São Pedro foi criada em 27 de fevereiro de 1886. DECRETO N. 9554 - DE 3 DE FEVEREIRO DE 1886. Disponível em [http://www.lexml.gov.br].

³⁶⁶ Além disso, Barcellos filho descendia da família pelotense do Comendador Boaventura Barcellos (como neto), também médico de renome, na cidade de Pelotas. Nota-se que o governador da Província em 1885 era Miguel Rodrigues Barcelos - Barão de Itapocai (1824-1896), filho de Boaventura Rodrigues Barcelos, indicando assim, para além de vínculos de amizade e negócios, ligações de parentesco. O pai de Barcellos Filho foi filho do primeiro casamento de Boaventura Barcellos. Boaventura Barcellos também era médico, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1846). E antes de se tornar Presidente do Rio Grande do Sul, havia também prestado serviços de medicina para a SCMPA. Israel Barcellos Filho, para além de se mostrar muito bem apadrinhado, parecia trilhar os passos comuns da família. PORTO-ALEGRE, Achylles. *Homens Ilustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1917. Dr. Israel Rodrigues Barcelos. Sobre Boaventura Barcellos, ver: MENEGAT, Carla. *O tramado, a pena e as tropas: família, política e negócios do casal Domingos José de Almeida e Bernardina Rodrigues Barcellos (Rio Grande de São Pedro, Século XIX)*. Porto Alegre: UFRGS – PPGH, 2009, 205F. (Dissertação de Mestrado). p. 144.

³⁶⁷ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1884.

trouxessem indícios sobre as responsabilidades do cargo. Seria também no ano de 1884 que entraria como provedor da SCMPA Joaquim Pedro Salgado³⁶⁸, que muito bem se relacionava com aquele médico, conforme se pode inferir pela nomeação de Barcellos Filho como diretor (e pela criação deste cargo) e, também, pelos elogios prestados ao mesmo nos relatórios anuais. Pedro Salgado assumiu a provedoria da Pia Instituição até o ano de 1889, período este que pode ser identificado como o início das modificações mais profundas que iriam se tornar mais nítidas a partir de 1890.

Foi durante a passagem de Salgado como provedor que, para além da criação do cargo de médico-diretor, pela primeira vez se viu referência à constituição de uma “comissão médica” para avaliar problemas do hospital e realizar indicações sobre as reformas mais urgentes a serem realizadas. Além disso, conforme já demonstrado, Pedro Salgado teria sido o primeiro provedor a ter chamado a atenção para a necessidade da criação do cargo de médico residente³⁶⁹. Mesmo que não tenha sido criado o cargo de médico residente, há indicações posteriores de que algumas outras reformas importantes foram realizadas no hospital. Como exemplo disso, no relatório de 1889 o mesmo provedor indicaria que: “Em 19 de março de 1887, dei regulamento ao serviço sanitário do Estabelecimento e criei a sala do Banco para consultas diárias de doentes pobres cujas posses permitem o tratamento em seus domicílios ou cujas moléstias não requerem a entrada no hospital”³⁷⁰.

A principal finalidade da sala do banco era a de desafogar as enfermerias da Santa Casa, que se encontravam ocupadas, em muito, acima da capacidade, conforme relatado pelos provedores ao longo dos anos examinados. Esses enfermos, após a consulta, com posse da receita médica, dirigiam-se à botica³⁷¹ da Instituição a fim de retirarem, gratuitamente, o

³⁶⁸ O Coronel Joaquim Pedro Salgado nasceu em Alegrete (1835) e morreu no Rio de Janeiro, em 1906. Foi militar e político, participando na Guerra contra Rosas (5º Regimento de Cavalaria Ligeira, comandado pelo parente General Andrade Neves) e da Guerra do Paraguai. Ao final do conflito assumiu posto na secretaria da fazenda, de onde se aposentou depois. Foi membro do partido liberal (também monárquico), tornando-se várias vezes deputado provincial e geral. Tomou parte da Revolução Federalista como membro do partido federalista, sendo obrigado a se refugiar no Uruguai, de onde se mudou, depois, para o Rio de Janeiro. PORTO-ALEGRE, Achylles. *Homens Illustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1917. Joaquim Pedro Salgado.

³⁶⁹ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1884. p. 6.

³⁷⁰ *Ibid.* 1888/1889. p. 3.

³⁷¹ Desde a década de 1850 são encontradas informações, nos relatórios da SCMPA, sobre a existência dessa repartição. A botica contava com, ao menos, um boticário ou farmacêutico (após 1882, com a exigência do inspetor da saúde pública para que se alocasse um profissional no cargo) e um ajudante. Havia, também, um mordomo específico para a botica. Não raro, a botica era a repartição que mais gerava custos para a Pia Instituição. Na seguinte passagem, o provedor traz indicações a esse respeito e, ainda, trata sobre quem poderia usufruir dos serviços da mesma: “Pelo anexo n.º 6 se vê que foi fornecida a soma de Rs. 977\$500 em medicamentos, às pessoas que se apresentaram munidas de receitas médicas com declaração de - pobreza -, no tempo decorrido de 1º de janeiro a 15 de dezembro do ano findo, sendo aviadas 648 receitas”. “Comparada essa soma com a de Rs. 242\$000. Despendida com a mesma aplicação, resulta que no ano findo excedeu em 735\$492

remédio indicado, tendo em vista curarem-se nas próprias casas. Nota-se assim que, para além da criação da sala do banco e de uma enfermaria de oftalmologia (citada sem solenidade no mesmo relatório, indicando que já teria sido inaugurada em anos anteriores)³⁷², fora criado por Salgado um novo “regulamento para o serviço sanitário do hospital”³⁷³. Mas, mais importante para os objetivos dessa pesquisa, é destacar que Joaquim Pedro Salgado, ao término de seu período de gestão, irá encaminhar outras modificações também importantes para o hospital:

Mas passando a novas mãos a direção do Pio Estabelecimento, pareceu-me que só a nova Mesa devia realizar o benefício a que tenho me referido [*entregar o serviço do hospital às Irmãs da Caridade*], já que existem os elementos para fazê-lo. Não só esse, mas outros melhoramentos carece o hospital e eu procurei realizá-los, tendo já obtido da Mesa a decretação necessária. **Refiro-me à criação de uma maternidade, da enfermaria para irmãos e doentes particulares e outra de moléstias para crianças.** São necessidades urgentes que cumpre atender para ser completa a missão de caridade que a Santa Casa desempenha nesta capital³⁷⁴.

Foi a primeira vez que se observou, na documentação da SCMPA, menção sobre a necessidade da criação de uma maternidade e de uma enfermaria específica para moléstias de crianças. Observa-se assim, de forma incipiente e talvez indireta, maior atenção para a medicina da mulher. De fato, tais palavras, conforme será visto, dariam o tom das mudanças que ressoariam no hospital da SCMPA nos próximos anos. De outra maneira, também tomava forma para os anos vindouros outro processo que vinha se desenhando há décadas³⁷⁵: a vinda das Irmãs da Caridade para o hospital, o que realmente se daria posteriormente. Retornando à citação acima trazida, nota-se que apesar da derrota na eleição para provedor, Pedro Salgado parecia querer estabelecer certo diálogo com a nova Mesa, indicando as melhorias que se faziam necessárias³⁷⁶.

Entre as demais mudanças ocorridas no hospital da Misericórdia de Porto Alegre até o final da década de 80, destacam-se: a inauguração do Hospício São Pedro em 1884, que ocasionou a retirada dos tidos como alienados do hospital da SCMPA (que, conforme indicam as fontes, causavam inúmeros problemas no interior da Santa Casa) para a nova Instituição,

a verba – receitas médicas para pobres externos -, observando-se que tais receitas são calculadas pelos custos dos medicamentos”. Ibid. 1882. p. 7.

³⁷² Considerando que entre os anos de 1885 e 1887 não foram encontrados relatórios para consulta.

³⁷³ Ibid. 1888/1889. p. 3.

³⁷⁴ Ibid. p. 4. Grifos em itálico e negrito, do autor.

³⁷⁵ Em 1857 já era apontado no relatório da provedoria as intenções da Casa em trazer Irmãs para o trabalho do hospital. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1857. p. 4.

³⁷⁶ Na verdade, como será visto adiante neste capítulo, perceberam-se indícios de que Pedro Salgado procurava se adequar às pretensões da nova Mesa.

também administrada pela mesma Irmandade³⁷⁷; a criação, em 1883, de uma enfermaria de escravos e inválidos, visto que, conforme o provedor Antonio Manoel Fernandes, as preparadas pelo seu antecessor não se mostravam em condições higiênicas³⁷⁸. Possivelmente, Fernandes se referia à enfermaria para escravos criada em 1878, pelo provedor José Antônio Coelho Júnior, já mencionada. De qualquer forma, em ambas as oportunidades, demonstra-se um possível descaso com que era tratada a saúde dos escravos e escravas pelos administradores da SCMPA (apesar do baixo número de óbitos entre os escravos, conforme será visto posteriormente): na primeira oportunidade, fora destinado um local extremamente insalubre (e ainda mais, considerando que para a medicina do período, a umidade era considerada um dos mais graves fatores para a decadência da saúde humana), na segunda, os escravos eram deixados em espaço conjunto aos “inválidos”. Isto ainda considerando que o tratamento dos escravos era realizado na classe “particular”, indicando que deveria ser pago pelos senhores.

Visto isso, já foi identificado que até o ano de 1889 a SCMPA contava com dois a três médicos atuando no hospital. Porém, nenhum desses permaneceu tanto tempo na Instituição como Israel Barcellos³⁷⁹. Nota-se que muitos desses médicos que tiveram passagem rápida pelo hospital eram contratados somente para substituir os que normalmente ocupavam o cargo. Tal substituição se dava quando os últimos solicitavam afastamento da Santa Casa, por motivos particulares ou de trabalho³⁸⁰. E seria num desses afastamentos de Israel Barcellos Filho, em 1882, que surgiria personagem que se mostrou extremamente importante para os rumos que o hospital (e a própria SCMPA) tomaria a partir do final da década de 80, direcionando maior atenção para a medicina da mulher: Ramiro Fortes de Barcellos³⁸¹.

Ramiro Barcellos era também médico na Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, sendo igualmente sócio daquela Instituição. Como médico da SCMPA atuaria

³⁷⁷ Para fins de consulta sobre os motivos da criação da instituição e dos pormenores da transferência dos alienados, ver: WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

³⁷⁸ Conforme trazido: “por se acharem situadas no pavimento térreo do edifício, que é por demais úmido. Estas antigas enfermarias servem agora de refeitório dos empregados internos, arrecadação do enfermeiro-mór, e casa de banhos”. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1883. p. 6.

³⁷⁹ Alguns desses outros médicos são: Dr. Manoel Martins dos Santos Penna (atuou em 1880 e 1881), formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 20 de dezembro de 1855; Dr. Graciano Alves de Azambuja (1880); Dr. Joaquim Augusto da Silva Guerra (1883 e 1884), Dr. Francisco de Freitas Prestes (1888/1889); Dr. Saturnino Thomaz de Aquino (1882), entre outros que tiveram passagens curtas na instituição, até o final da década de 90.

³⁸⁰ Dificilmente se encontram, nos relatórios, os motivos dos pedidos de afastamento. Por vezes, quando o motivo era relacionado à profissão de médico (tal como participar de viagens de estudos, campanhas no interior da província etc.), os provedores os indicavam.

³⁸¹ “Tendo o Sr. Dr. Barcellos Filho pedido a sua exoneração do cargo de médico dos expostos e cirurgião do hospital em abril do ano findo, foi nomeado para o 1º cargo o Sr. Dr. Saturnino Thomaz de Aquino e para o 2º, o Sr. Dr. Ramiro Fortes de Barcellos”. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1882. p. 6.

somente naquele ano (1882), porém, não seria sob essa forma que se destacaria na Pia Instituição. Barcellos³⁸² formou-se em 1873, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Lamentavelmente, não foram encontradas as especialidades desenvolvidas quando estudante de medicina, porém, o título de sua tese foi: “*Das alianças consanguíneas e sua influência sobre o físico, o moral e o intelectual do homem*”³⁸³. Conforme observado, parece que a medicina era apenas uma das tantas ocupações de Barcellos, sempre se mostrando mais interessado pela política. Suas profissões são descritas oficialmente como: escritor, industrial, professor e médico³⁸⁴.

Dentro da Santa Casa, após curta passagem como médico passou a ocupar cargos estratégicos dentro da alta administração. Porém, destaca-se que quando Ramiro Barcellos foi chamado para assumir o cargo de cirurgião em 1882 no lugar de Israel Rodrigues, o Dr. Amedeu Prudêncio Masson, também médico da Beneficência Portuguesa (naquela outra Instituição colega de Ramiro Barcellos), era mordomo do hospital da SCMPA, sendo muito provável que a indicação de Ramiro Barcellos para cirurgião tenha partido de seu colega Prudêncio Masson. Em 1885, com o Cel. Joaquim Pedro Salgado à frente da Provedoria, Ramiro Barcellos assumiria o papel de mordomo do hospício São Pedro (ainda administrado pela SCMPA), já demonstrando carisma e influência dentro da Pia Instituição³⁸⁵. Masson não mais apareceu no quadro funcional da SCMPA, tendo falecido em novembro de 1889³⁸⁶. Entretanto, poucos anos depois, o recém-formado Dr. Amedeu Prudêncio Masson Filho³⁸⁷ (1890, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) também prestaria serviços à Pia Instituição.

³⁸² Nasceu em Cachoeira do Sul em agosto de 1851 e faleceu em janeiro de 1916, em Porto Alegre. Seguem mais algumas informações sobre Ramiro Barcellos: “Fora cronista polêmico, desde os bancos escolares da faculdade. Na vida política, depois de ser eleito constituinte pelo partido Liberal, transferiu-se para o lado de Júlio de Castilhos, sendo um dos seus maiores e mais fiéis aliados, desde os primeiros passos na fundação do Partido Republicano Rio-Grandense. Cronista assíduo do jornal de Júlio de Castilhos, *A Federação*, Ramiro Barcellos publicou inúmeras crônicas, geralmente, de crítica mordaz sobre assuntos políticos e a pessoas. Dentre essas, podemos destacar a Carta a D. Isabel, na qual ataca a política da regente. Oficial das tropas de Pinheiro Machado na Revolução de 1893”. MANFROI, Waldomiro. Médicos escritores: uma longa e contínua tradição. Wwlvivos. Sem data. Disponível em: [<http://medicosescritores.com.br/>]. Acesso em out. 2011.

³⁸³ BARCELLOS. Ramiro Fortes de. *Das alianças consanguíneas e sua influência sobre o físico, o moral e o intelectual do homem* (Tese de Doutorado). RJ – 1873. PORTAL DOS SENADORES. Ramiro Fortes de Barcellos. Disponível em: [<http://www.senado.gov.br/>]. Acesso em jul. 2011.

³⁸⁴ Seguem os cargos públicos por ele ocupados: Ministro Plenipotenciário no Uruguai, Superintendente das Obras da Barra do Rio Grande, Procurador do Rio Grande do Sul no Rio de Janeiro e Secretário da Fazenda. Exerceu os seguintes mandatos: Deputado Provincial - 1877 a 1878; Deputado Provincial - 1879 a 1880; Deputado Provincial - 1881 a 1882; Senador – 1890 a 1891; 1891 a 1893; 1894 a 1896; 1897 a 1899; 1900 a 1902; 1903 a 1905; 1906 a 1906. PORTAL DOS SENADORES. Ramiro Fortes de Barcellos. Op. cit.

³⁸⁵ LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1886. Op. cit.

³⁸⁶ CIRNE-LIME. Árvore da Família Cirne Lima: Amedeo Machado Masson. 2005. Disponível em: [<http://www.cirnelima.org/>]. Acesso em nov. 2011.

³⁸⁷ O PAIZ. Rio de Janeiro. 27 de nov. 1890. Disponível em: [<http://memoria.bn.br/>]. Acesso em set. 2011.

Nesse ínterim, é oportuno apresentar outro médico que assumiu papel estratégico importante para as mudanças vindouras na Santa Casa: o Dr. Victor de Britto, que atendia, em 1889: “gratuitamente na enfermaria de oftalmologia”³⁸⁸. Victor de Britto, além de médico, foi também político e escritor³⁸⁹. Britto foi o médico titular da enfermaria de oftalmologia de 1888/1889 até, ao menos, a virada do século³⁹⁰. Porém, durante os anos da Revolução Federalista, assumidamente adepto dos ideais republicano-castilhistas³⁹¹, esteve afastado da Pia Instituição³⁹². Destaca-se, ainda, que Victor de Britto também atuava como médico no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, demonstrando vinculações com Ramiro Fortes de Barcellos e Amedeu Prudêncio Masson.

Nesse sentido, de acordo com o que foi analisado sobre os indivíduos que atuaram na SCMPA, cabe atentar que na década de 1880 havia certa pluralidade de ideais políticos (e partidários) entre os sujeitos que formavam o corpo funcional e administrativo daquela Instituição. Foram identificados liberais, conservadores, republicanos e federalistas, o que torna pouco crível pensar que as relações dentro da Irmandade e do seu hospital se davam de forma completamente harmônica. De certa forma, as relações de poder e a ocupação dos cargos na Santa Casa pareciam representar um microcosmo do que ocorria fora dos limites

³⁸⁸ Esta foi a primeira passagem, na documentação analisada, que o nome de Victor de Britto seria citado. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1888/1889. p. 4.

³⁸⁹ Seguem algumas informações sobre Britto: “Victor de Britto nasceu em Valença (Bahia) a 15 de outubro de 1856 e faleceu em Porto Alegre a 24 de outubro de 1924. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1878. [...] Na atividade política, foi deputado federal pelo Rio Grande do Sul, entre 1912 e 1914, e, como escritor, além de uma série de trabalhos envolvendo sua área de formação, escreveu O sufrágio universal e a democracia representativa (1903), Paradoxos do gênio (1906), A Reforma do Ensino e A Personalidade Olavo Bilac (1916). Treze anos após o encerramento da Revolução Federalista, Victor de Britto publicou seu “estudo crítico de filosofia política” sobre as duas lideranças das forças em confronto durante a guerra civil, tendo por intento realizar um “breve trabalho de síntese”, destacando: ‘as individualidades de Gaspar Martins e Júlio de Castilhos em suas relações com os altos problemas sociais’. NEVES, Francisco das. *Silveira Martins x Júlio de Castilhos: A Personalização do Conflito Federalista: um estudo de caso*. BIBLOS, Rio Grande, 9: 35-44, 1997. p. 36.

³⁹⁰ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1899.

³⁹¹ Conforme pesquisa realizada pelo pesquisador Eduardo Rouston Júnior, ao destacar parte da metodologia empregada em sua dissertação: “Para consecução de tal finalidade, como já referido, dividimos esta historiografia em duas grandes vertentes interpretativas: a dos autores vinculados à ideologia positivista e reprodutores do discurso oficial castilhista-borgista, a qual chamamos aqui de corrente *castilhista/borgista*, e a dos autores que se opuseram ao projeto político castilhista, que denominamos de vertente *gasparista/assisista*. Na primeira vertente, relacionamos Euclides Moura, **Victor de Britto**, Aquiles Porto Alegre, Othelo Rosa, João Pio de Almeida, Joaquim Luís Osório e Arthur Ferreira Filho, que com ênfases distintas, compreenderam a Primeira República a partir de um dos lados da luta bipartidária protagonizada por republicanos e liberais-federalistas”. ROUSTON, Eduardo Junior. “*NÃO SÓ DO PÃO DO CORPO PRECISA E VIVE O HOMEM, MAS TAMBÉM DO PÃO DO ESPÍRITO*”: a atuação federalista na Assembleia dos Representantes (1913-1924). 2012. 339 f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2012]. p. 22. Grifo do autor.

³⁹² RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1894. p. 5.

geográficos daquela Instituição, ou seja, também refletindo a cena política da Província e do Estado do Rio Grande do Sul.

No final de 1889, quando da realização de eleição para a composição da futura Mesa administrativa da SCMPA, tal situação parece ficar mais clara, com os republicanos ganhando cada vez mais espaço na Instituição: na votação para provedor, Ramiro Fortes de Barcellos ganha a eleição sobre Joaquim Pedro Salgado, por uma diferença de 40 votos: 180 x 140. Victor de Britto é o mesário mais votado, com 317 votos, enquanto que, o segundo, Antonio Soares de Barcellos, ficou com 177 votos. Tais números, de certa forma, demonstravam o amplo carisma e poder que Ramiro Barcellos e Victor de Britto já detinham na sociedade porto-alegrense e, ainda mais, na SCMPA. Nota-se que desta eleição ocorre, pela primeira vez, a ascensão da classe médica à alta administração do Pio Estabelecimento³⁹³, o que a torna extremamente importante para a análise.

Entretanto, antes de imaginar uma briga ferrenha entre alguns daqueles indivíduos, baseada em ideais políticos externos à Instituição, há de se realizar um breve contraponto interpretativo, que quiçá, não passe de mera hipótese: que para além das divergências políticas, entre aqueles homens, talvez existissem pensamentos comuns sobre determinados processos, necessários para o melhor funcionamento da Irmandade; ou ainda, que a própria participação de ambos na mesma Irmandade desenvolvesse um vínculo de *camaradagem* para além das diferenças, possibilitando uma convivência mais ou menos tranquila, auxiliando nas tomadas de decisões que interessassem a todos e à Instituição como um todo. Isto considerando que, conforme visto, por muitos anos essa pluralidade política conviveu em conjunto, naquele mesmo local. De outra maneira, parece óbvio que, quanto maior a homogeneidade de ideias e ideais entre os membros da administração - seja por meio dos interesses políticos ou de classe profissional (nesse caso, os médicos) -, maiores seriam as chances de mudanças mais profundas na Instituição, que por sua vez, estariam vinculadas às aspirações daquele dado grupo.

Porém, não descartando os elementos das hipóteses acima apresentadas, parece mais óbvio que a existência de correntes políticas divergentes (aliadas aos interesses de classe profissional), personificadas entre os membros da Pia Instituição, trouxesse algumas desavenças, que poderiam se refletir em modificações para o hospital da SCMPA, no seu quadro funcional e nos processos lá dentro desenvolvidos. Adiante, serão trazidos alguns

³⁹³ Muitas vezes, nas atas das reuniões da provedoria no final da década de 1880 e nos anos 90, a SCMPA era assim identificada.

exemplos ilustrativos nesse sentido. Entretanto, antes disso, também há de se ter o cuidado de observar que tais mudanças talvez não estivessem ligadas, de maneira restrita, às divergências políticas, podendo assim, de outra forma, serem frutos de discordâncias individuais ou de subgrupos de indivíduos (podendo ser um subgrupo de médicos) no modo de observar os problemas da Instituição. Logo, a identificação realizada sobre o pensamento político dos indivíduos analisados, e ainda, a propósito dos possíveis interesses de um determinado grupo de pessoas de uma classe profissional (nesse caso a dos médicos, que não deixa de ter suas diferenças internas, como será visto), será aqui observada como ponto fundamental para entender as modificações e os processos que ocorriam na SCMPA.

Dando seguimento à análise, no início do ano de 1890, há menos de dois meses após Ramiro Barcellos ter sido escolhido provedor da SCMPA, um fato novo despertaria de forma clara discordâncias existentes no interior do hospital da Pia Instituição. Tal ocorrência seria objeto principal de discussão em uma das primeiras reuniões da nova Mesa. Os principais envolvidos são: Israel Rodrigues Barcellos Filho, o provedor Ramiro Fortes de Barcellos, Dr. Victor de Britto, Luiz Masson e José Pedro Alves (provedor interino quando da ocorrência do processo discutido), além de outros Irmãos coadjuvantes no caso. A discussão se voltava para os pedidos de exoneração dos médicos Israel Rodrigues Barcellos Filho (que a quase vinte anos servira à SCMPA) e Luiz Masson (que há pouco tempo atuava no hospital)³⁹⁴. Nota-se, por meio da aparição de José Pedro Alves como provedor interino, que já no início de sua gestão, Ramiro Barcellos teve que afastar-se da Pia Instituição, muito possivelmente devido à agitação da sua vida política. Porém, na reunião referida, Barcellos já se encontrava novamente no comando do seu cargo. Dada a importância observada sobre o conteúdo dessa reunião para fins da constituição dos argumentos desta parte da pesquisa, será reproduzida boa parte da ata redigida pelo escrivão da Mesa, José Pedro Alves, conforme segue:

Ata da Sessão de 12 fevereiro 1890

Aos doze dias do mês de fevereiro de um mil oitocentos e noventa, presentes os cidadãos, Dr. Ramiro Barcellos, Alves, [...]. O irmão Pedro Alves pediu a palavra para ler a exposição dos negócios que correram pelas suas mãos durante a ausência do irmão provedor. **O irmão Pinto Gomes pede a palavra para impugnar os termos inconvenientes dos ofícios dos Drs. Barcellos Filho e Masson, exonerando-se dos lugares de médicos do hospital, e para manifestar a sua reprovação propõe um voto de confiança ao cidadão provedor.** O irmão Firmiano Araújo opõe-se à proposta e é de opinião que não se deve tratar de semelhante assunto, devendo se aceitar as exonerações apresentadas. Da mesma

³⁹⁴ O Dr. Luiz Masson atuou como médico na SCMPA nos anos de 1888 e 1889, juntamente com o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho.

opinião é o irmão Augusto Gomes. **O cidadão provedor faz ver então que sendo a questão unicamente relativa a sua pessoa, não admite que os médicos aludidos penetrem em suas intenções**, improstando-lhe [sic] ideias que não teve, por isso não encontra motivos para que se lhe dê um voto de confiança. O irmão Silveira Nunes vota pela exoneração dos médicos, mas propõe que se lhes agradeça os serviços prestados, no que é acompanhado pelo irmão Augusto Gomes. **O cidadão provedor, usando a palavra diz que, visto a questão ser toda pessoal, se verá na contingência de renunciar o seu cargo, se a mesa votar qualquer moção em favor do Dr. Barcellos Filho.** O irmão Victor de Britto propõe para que se discuta unicamente o pedido de exoneração e depois a respectiva resposta. O irmão Pinto Gomes divide a questão em três partes, a 1ª da exoneração, a 2ª sobre os serviços prestados e a 3ª sobre o voto de confiança, mas o cidadão provedor entende que não se deve tratar do voto de confiança, pelo qual continua a insistir o irmão Augusto Gomes. Finalmente o irmão Batista Lisboa, propõe para que se encerre a discussão e vote-se unicamente o pedido de exoneração. **Encerrada a discussão são sujeitos à votação os pedidos de exoneração que foram aceitos por unanimidade.** O irmão Augusto Gomes novamente propõe que se officie ao Dr. Barcellos Filho, agradecendo-lhe os serviços que prestou no Pio Estabelecimento. **O irmão Dr. Victor de Britto, diz que o irmão Augusto Gomes não está ao fato do estado em que se achavam as enfermarias, e que se conhecesse o péssimo estado pelo qual se fazia o serviço, talvez não insistisse pela votação da proposta que apresentou.** O irmão Alves passa a expor algumas das irregularidades, que, no cargo de provedor, encontrou no hospital. O cidadão provedor deixando a sua cadeira, pede a palavra para votar **que o Dr. Barcellos Filho diz em seu officio que pediu exoneração, para evitar divergências entre a provedoria e a mesa**, mas que havendo sido aceita a exoneração por unanimidade, ficava provado que tal divergência não podia se dar. Que o procedimento da mesa não devia ir além, tornando-se desnecessário tanto o voto de confiança como a manifestação de agradecimento. **O irmão Firminiano Araújo, propõe que se nomeie o Dr. Barcellos filho, diretor do corpo médico do hospital, mas que foi contrariado pelo irmão Dr. Victor de Britto, dizendo que se tal se fizesse todos os atuais médicos se retirariam da Santa Casa.** Não foi aceita tal proposta. Foram aprovados os atos da provedoria interina, constantes da exposição que leu perante a mesa.

O irmão Victor de Britto lembra que sendo interina a nomeação dos médicos que servem no hospital, propunha para que se resolvesse sobre a efetividade dos mesmos, e que a melhor forma de o fazer seria, segundo pensa, tratar do assunto em novo Regimento interno, que é preciso ser elaborado. O irmão provedor consultando a mesa, foi votado que se autorizasse o senhor provedor a nomear uma comissão que se encarregasse da confecção do Regimento, e em quanto o mesmo não fosse aprovado **o provedor nomeia aos irmãos Firmiano Araújo, Dr. Victor de Britto e Protasio, para se encarregarem da confecção do novo Regimento para o serviço interno da Santa Casa, devendo-se, entretanto, lavrarem-se as nomeações efetivas dos atuais médicos**³⁹⁵.

São vários os elementos importantes trazidos na ata a serem analisados de forma mais detida. Observa-se por meio dos discursos, primeiramente, um alto grau de afinação entre as palavras e ideias de Ramiro Barcellos e Victor de Britto. Nota-se, também, que as afirmações dos mesmos parecem representar as convicções dos demais médicos, visto que, conforme Victor de Britto, “todos os atuais médicos se retirariam” caso Israel Rodrigues Barcellos Filho permanecesse na Instituição como diretor do hospital. De outra maneira, analisando os

³⁹⁵ LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Ata da Sessão de 12 de fevereiro 1890. Grifos do autor.

estratagemas utilizados por Britto e, principalmente, por Ramiro Barcellos quando afrontados por opiniões divergentes de outros componentes da Mesa (tal como Firminiano Araújo), verifica-se que estes jogavam com o carisma e importância que exerciam sobre os demais membros, dirigindo ameaças no sentido de abandonarem seus cargos da SCMPA, caso suas vontades não fossem realizadas³⁹⁶. E, para além de se mostrar como homem de personalidade forte ao não recuar de posição frente às opiniões adversas (aliás, ao contrário, postando-se de maneira cada vez mais firme e combativa), Ramiro Barcellos se demonstra como um habilidoso negociador no final da discussão, ao nomear o Irmão Firminiano Araújo como membro da comissão que confeccionaria o novo regimento interno.

Partindo para a análise da questão principal da reunião, é indicado que o pedido de exoneração partiu de Israel Rodrigues Barcellos Filho em conjunto com Luiz Masson. Porém, dessa vez, diferente de outras oportunidades (para o caso de Barcellos Filho), o pedido de exoneração não foi por motivo de viagem ou para o desenvolvimento de outra atividade vinculada à profissão de médico. Fica claro que existiu um real descontentamento dos dois médicos, expressado nas palavras de Ramiro Barcellos, alertando que a questão era “toda pessoal” entre os médicos exonerados e o provedor. Não é possível saber se os problemas se deviam a questões particulares existentes entre aqueles homens, de cunho político, ou, se estavam ligados às mudanças já estabelecidas no início daquele ano no hospital, pela nova gestão. Para onde apontam as fontes consultadas, parece haver uma mescla entre ambas as hipóteses.

Pode se dizer que até 1890, Israel Barcellos Filho atuava praticamente sozinho comandando o hospital como médico-diretor, com certeza, investido de todo o respeito que detinha frente às antigas Mesas, ao longo dos muitos anos de serviços prestados à Instituição. Naquele ano as coisas mudaram, devendo agora repartir *o seu* espaço com tantos outros médicos e, além disso, homens com ideais e ideias médicas e políticas, possivelmente, muito diversas às suas. Isso, ainda, em um período de extrema agitação na política do Brasil e dos seus recentes Estados. Não foi encontrada fonte ou referência bibliográfica que indicasse o pensamento político de Israel Rodrigues Barcellos Filho, porém, conforme observado, este descendia de uma família marcada pela participação ativa de seus membros como ocupantes de cargos importantes na política do Império, pelo partido conservador. O próprio Israel Barcellos Filho ocupou o cargo de Inspetor de Higiene na segunda metade da década de 1880.

³⁹⁶ Normalmente, tal estratégia será utilizada por alguém quando houver pouco risco de se obter resposta diferente da pretendida, ou ainda, quando esta pessoa tem ciência da importância e influência que exerce no grupo.

Entretanto, após o advento da República, não foi possível identificar que rumo político foi tomado por Barcellos Filho. Por outro lado, a nova gestão e o novo quadro de médicos da SCMPA são marcados por terem em suas frentes muitos membros do PRR de Júlio Prates de Castilhos.

Porém, em sentido inverso, não parecia que Israel Barcellos Filho e Luiz Masson fossem os únicos descontentes com o que ocorria naquele hospital. Os “novos” médicos da SCMPA não viam com bons olhos os serviços prestados por aqueles dois, alertando que as condições do hospital, do qual Barcellos Filho era diretor, estavam péssimas, conforme apontado por Victor de Britto, ao indicar que “o Irmão Augusto Gomes não está ao fato do estado em que se achavam as enfermarias, e que se conhecesse o péssimo estado pelo qual se fazia o serviço, talvez não insistisse pela votação da proposta que apresentou”³⁹⁷. Ao tratar do estado das enfermarias, são ilustrativas as informações observadas na ata da reunião da Mesa, da Sessão ordinária de 02 de janeiro³⁹⁸: para além de descrever as modificações profundas que ocorriam no hospital, também demonstram que as palavras de Britto ao Irmão Augusto Gomes estavam longe de se mostrarem somente como fruto de diferenças políticas em relação aos dois médicos exonerados, pois, tratavam diretamente de questões médicas do hospital.

Naquela reunião, realizada há menos de um mês das saídas de Barcellos Filho e de Luiz Masson, foram tomadas decisões rápidas e importantes para o funcionamento e futuro do hospital. A antiga e necessária demanda de se adquirir um arsenal de instrumentos cirúrgicos (que foi inclusive catalogado por Barcellos Filho em meados da década de 1880), no qual se incluía o específico para as moléstias de mulheres, foi finalmente realizada. Neste ínterim, Victor de Britto (então mesário da SCMPA) indicava “que seria conveniente o Irmão mordomo entender-se com os médicos do hospital, para consultá-los sobre a aquisição do que fosse necessário comprar-se”³⁹⁹. Nota-se assim, indicações de um maior depósito de poder e de ação, por parte da provedoria, para os médicos do hospital. Em seguida, Britto também expôs:

[...] a respeito da má qualidade dos medicamentos fornecidos pela farmácia e demonstra a razão que lhe assiste em assim externar-se, baseando a sua argumentação com a exposição de fatos. A vista de semelhante exposição o irmão

³⁹⁷ Ibid. Ata da Sessão de 12 de fevereiro 1890.

³⁹⁸ LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Ata da Sessão de 02 de janeiro 1890.

³⁹⁹ Id.

provedor pede a atenção do cidadão mordomo da farmácia, a fim de empregar meios que melhorem o serviço da expedição de medicamentos⁴⁰⁰.

Mais uma vez, percebe-se a afinação dos discursos entre Ramiro Barcellos e Victor de Britto. Além disso, o provedor Ramiro Barcellos também expôs algumas ideias para a nova gestão, ressaltando o que seria apontado por Britto, um mês depois, em relação ao estado das enfermarias:

O irmão provedor entra em largas considerações a respeito das péssimas condições de salubridade, em que se acha o Pio Estabelecimento, expõe o que tem observado e visto em outros hospitais, que podem servir de modelo para os melhoramentos que necessita o nosso. A respeito de tais melhoramentos, faz o irmão Provedor exposição das ideias que tem, salientando a necessidade de se construir pavilhões no terreno deste Pio Estabelecimento para os serviços de medicina, cirurgia, partos e enfermidades de mulheres, justificando estes projetos com opiniões e explicações práticas e científicas. Lembra ainda mais, o Irmão Provedor da vantagem que adviria para o nosso hospital, de uma reunião nesta Santa Casa do corpo médico desta cidade, a fim de se resolver sob o melhor meio de se atender o serviço das enfermarias⁴⁰¹.

Observa-se aqui, que a preocupação específica com o tratamento de mulheres e recém-nascidos na Instituição estava na pauta de melhorias a serem realizadas pela nova gestão. Ainda tratando sobre os problemas identificados no serviço do hospital, o Irmão Baptista Lisboa chama a atenção para o precário serviço de limpeza das enfermarias, relatando que todos os serventes são ex-alienados que prestam “mau serviço”. A Mesa decide pela contratação de quatro pessoas para o serviço de limpeza. Ao final da reunião, tomando uma medida importante para o futuro da organização do serviço médico da SCMPA, Ramiro Barcellos pediu à Mesa “para convidar o corpo médico desta cidade, a fim de reunido, tratar do serviço interno deste pio estabelecimento e resolver os melhores meios de melhoramentos a aplicar-se, muito principalmente o serviço médico”⁴⁰².

Conforme será visto e pode ser presumido, nesta oportunidade estaria se formando um grupo de médicos que impulsionaria a medicina institucional, acadêmico-científica, na cidade de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul. Outro elemento importante encontrado na mesma ata, são as indicações para novos Irmãos da SCMPA (informação que normalmente era dada ao final de cada reunião), mais especificamente, as realizadas por Victor de Britto: os

⁴⁰⁰ Id.

⁴⁰¹ Id. Grifos do autor.

⁴⁰² Id.

Drs. Oscar de Noronha, Carlos Frederico Nabuco e Carlos Wallau. Estes três logo passaram a fazer parte do quadro médico do hospital, porém, Carlos Nabuco⁴⁰³ somente ingressaria em 1893. Carlos Wallau, amigo de Victor de Britto, era médico-diretor do hospital das Irmãs Franciscanas, as mesmas que a SCMPA traria para as suas enfermarias, ironicamente, decisão esta que foi duramente contestada pelo mesmo Victor de Britto⁴⁰⁴.

Visto isso, nota-se que Victor de Britto e Ramiro Fortes de Barcellos trataram de trazer para a SCMPA outros médicos que faziam parte de suas redes de vínculos profissionais, políticos, sociais e (muito possivelmente) de amizade. Destaca-se, conforme já exposto, que Noronha, Nabuco, Ramiro Barcellos e Britto, além de João Adolpho Jossetti Filho que também faria parte do quadro médico da SCMPA, eram sócios da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre e atuaram como médicos no hospital daquela Sociedade. Diante do exposto

⁴⁰³ O Dr. Carlos Frederico Nabuco, assim como Oscar Noronha, faziam parte do Corpo de Saúde do Exército (Capitão médico de 4ª Classe), sendo também encontrados documentos que este era lente da Escola Militar do Rio Grande do Sul, curso de Armas, em 1897. ALMANAQUE LAEMMERT. 1897. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012. No relatório da provedoria de 1894 são trazidas as seguintes informações sobre Nabuco e Noronha, que não vinham tendo a assiduidade necessária na SCMPA: "porque pertencendo ao Corpo de Saúde do Exército, são obrigados à mesma hora em que funciona o serviço sanitário deste Pio estabelecimento, a se acharem nas enfermarias militares". Nota-se que em 1894 ainda se desenrolava a Revolução Federalista. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1894. p. 9. Na Gazeta Médica da Bahia (abril de 1890), ao ser publicada a listagem dos membros do Corpo de Saúde do Exército, Nabuco estava descrito como capitão médico de 4ª Classe do exército. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1890.

⁴⁰⁴ Na mesma reunião da Mesa de 02 de janeiro de 1890, discutiu-se sobre a vinda das Irmãs da Caridade, conforme já apontado anteriormente, um dos mais fortes desejos do provedor anterior. Aproveitando-se das considerações de Ramiro Barcellos sobre as precárias condições do hospital, Trajano Viriato de Medeiros (então mordomo da repartição dos expostos) propôs a vinda das Irmãs de Caridade para o serviço interno do hospital. Descontente com a proposta do Irmão, Victor de Britto afirmou "[...] não concordar com a proposta em discussão, porque entende que as irmãs de caridade não são indispensáveis em um hospital, pois é de opinião que se pode obter bom serviço mesmo com enfermeiros profissionais, a questão resolvendo-se unicamente pelo pagamento de bons ordenados. Sobre a mesma proposta ainda falou o irmão Firmiano Araújo, dizendo que sendo irmão antigo desta Santa Casa, conhece a marcha que certas ideias tem tido, nas administrações transactas [sic], podendo por tanto afirmar que tratando-se há tempos da aquisição de irmãs de caridade, resolveu-se mandar-se vir duas, para se iniciar um simulacro de serviço, mas que elas foram tão exigentes em suas pretensões para contratarem-se, que foram abandonadas, incorrendo este Pio Estabelecimento em todas as despesas feitas. O irmão Alves lembra que o Provedor da administração transacta [sic], em seu relatório informa que uma comissão nomeada pela última Mesa, estudou este assunto, achando-se todos os papeis a este respeito na secretaria. O irmão provedor pedindo tais documentos, foi-lhe respondido pelo escrivão interno que não existiam na repartição, e que havendo-os requisitado do relator daquela comissão, teve por resposta que não os remetia porque não os encontrava. O irmão Augusto Gomes, também pediu a palavra, sustentando a proposta para a admissão das irmãs de caridade, e neste sentido, faz largas considerações, justificando a ideia muito vantajosa que forma a respeito do espírito caritativo dessas apostolas do bem, que se há manifestado em inúmeras ocasiões. Tais considerações são combatidas pelo irmão Dr. Victor de Britto, que sustenta a possibilidade de se obter muito bom serviço nas enfermarias por enfermeiros profissionais, o que se conseguirá facilmente se o corpo médico for aumentado. Finalmente fala o irmão provedor e diz que considerando este assunto de magna importância convida os senhores mesários para estudarem-no, a fim de que se possa resolvê-lo definitivamente em outra ocasião". Esta passagem é extremamente interessante para compreender o universo de opiniões que girava em torno da vinda das Irmãs da Caridade para o Pio Estabelecimento, que estava muito longe de ser homogêneo, mesmo com a "atual" gestão, comandada por médicos. LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Ata da Sessão de 02 de janeiro 1890.

sobre a reunião ordinária de 02 de janeiro de 1890, torna-se plausível pensar que as alterações impostas pela nova Mesa para a organização do hospital e do seu funcionamento também representavam, mais além do que desavenças pessoais e políticas com Barcellos Filho e Luiz Masson, um modo diferente de conceber a administração e a medicina que lá se realizava. No mesmo relatório, descrevia-se da seguinte forma as modificações pós-exoneração de Barcellos Filho e de Luiz Masson, conforme palavras do provedor interino José Pedro Alves:

Tendo-se exonerado dos cargos que exerciam os drs. Israel Rodrigues Barcellos Filho e Luiz Nicolao Masson, entendi conveniente reorganizar o serviço médico do hospital, dividindo-o por maior número de facultativos, a fim de poderem ser melhor atendidos os enfermos que procuram o Pio Estabelecimento⁴⁰⁵.

E assim passava a se organizar o hospital, com o respectivo nome dos médicos e das enfermarias existentes:

Dr. João Adolpho Josetti - Diretor da enfermaria de cirurgia de homens;
 Dr. Sebastião Affonso de Leão - Adjunto da enfermaria de cirurgia de homens;
 Dr. Serapião Mariante - Diretor da enfermaria de medicina de homens;
 Dr. João Plínio de Castro Menezes - Diretor da enfermaria de medicina de mulheres;
 Dr. Protasio Antonio Alves - Diretor da enfermaria de ginecologia e partos;
 Dr. Deoclécio Sertorio Pereira da Silva - Adjunto da enfermaria de ginecologia e partos;
 Dr. Alberto de Campos Velho - Diretor da enfermaria de inválidos e expostos;
 Dr. Victor de Britto - Diretor da enfermaria de oftalmologia;
 Dr. Oscar Noronha - Adjunto da enfermaria de oftalmologia;
 Dr. João Damasceno Ferreira - Diretor da sala do banco;
 Dr. Olympio Olinto de Oliveira - Diretor do dispensário de crianças⁴⁰⁶.

Nota-se considerável aumento no número de enfermarias e de médicos, sendo que cada enfermaria passava a ser organizar e laborar por meio de um diretor e um adjunto. Tão importante quanto o crescimento do número de médicos, observa-se a criação da enfermaria de ginecologia e partos e do dispensário de crianças, para além da já existente enfermaria de medicina de mulheres. Demonstrando o crescimento de poder dos médicos nas decisões do hospital, assim é relatada a constituição do dispensário de crianças:

⁴⁰⁵ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1890. p. 6.

⁴⁰⁶ Ibid. Quadro N.º 15: Quadro do pessoal da Santa Casa de Misericórdia e respectivos vencimentos.

[...] criou-se em 28 de julho, depois de ouvido o corpo médico, o dispensário de crianças, sendo nomeado pra dirigi-lo o dr. Olinto de Oliveira, a quem concedi a licença para ir à Europa acompanhar os estudos do dr. Koch sobre a tuberculose e em seguida percorrer hospitais de crianças das grandes cidades⁴⁰⁷.

Nos anos anteriores, de acordo com a documentação analisada, não havia sido encontrada qualquer menção sobre consulta aos médicos, pela provedoria, para qualquer mudança no hospital. O dispensário tinha como finalidade o atendimento médico de crianças que não necessitassem internação no hospital, funcionando de modo semelhante à sala do banco. Aliás, o dispensário foi criado a partir da divisão da sala do banco em duas partes. Em 1891 seria relatado que o atendimento médio diário no dito dispensário era de 18 consultas, demonstrando que as pessoas (muito possivelmente as mães das crianças) procuravam de forma relativamente acentuada a nova repartição da SCMPA⁴⁰⁸. Talvez o fornecimento gratuito de remédios pela botica da SCMPA mediante receita dos médicos da Instituição fosse um dos maiores motivos de procura pelos atendimentos da sala do banco e do dispensário de crianças.

De outra maneira, refletindo as modificações ocorridas no hospital, mostrando-se a par do que ocorria no contexto médico-científico do período, também é trazido pelo provedor, no relatório de 1890, que a descoberta de Robert Koch⁴⁰⁹ havia despertado a ideia de se criar uma enfermaria especial para o tratamento da tuberculose pelo novo método, dado que: "Não preciso encarecer a importância desta medida, que se está impondo por toda a parte à proporção que vai sendo confirmada a realidade da descoberta"⁴¹⁰. No mesmo relatório, o provedor indica que a SCMPA não possuía os recursos para a construção dessa enfermaria, porém, solicita o concurso do governo do Estado para esta obra, em que a Santa Casa disponibilizaria o terreno e o governo arcaria com a construção da obra, ficando a enfermaria depois de pronta sob a administração da SCMPA. Porém, seriam ainda necessários mais alguns anos para que tal ideia se efetivasse na prática.

⁴⁰⁷ Ibid. p. 7.

⁴⁰⁸ A botica fornecia os medicamentos para os enfermos do estabelecimento e pra os pobres da sala do banco e do dispensário de crianças. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891. p.9.

⁴⁰⁹ A descoberta em questão era a da "tuberculina", que primeiramente foi concebida como a cura para a tuberculose. Tratava-se de um "líquido glicerinado estéril obtido de culturas do bacilo da tuberculose. O bacteriologista alemão verificou ser ele extremamente tóxico para os animais tuberculosos, e relativamente inócuo para os saudáveis. Supôs, assim, ter descoberto a cura da doença, mas logo se verificou seu engano. Recusada como agente terapêutico, a tuberculina passou a ser utilizada no diagnóstico da enfermidade". BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Robert Koch. Disponível em: [<http://www.bvsalut.coc.fiocruz.br>]. Fiocruz. Acesso em maio 2011.

⁴¹⁰ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1890. p. 8.

A enfermaria de ginecologia e partos foi estabelecida no local onde se encontrava, anteriormente, a antiga enfermaria dos alienados. Esta enfermaria era dividida em sete peças: enfermaria geral; sala de partos; de isolamento (não indica para que casos); de operações; de exames; quarto de banho; de enfermeiras e depósito de utensílios de serviços⁴¹¹. Além disso, fora realizado e colocado em prática um “plano de reformas das enfermarias” em que quase, senão todas as enfermarias passaram por reformas. E nessas, incluía-se a enfermaria de medicina de mulheres. Todas foram providas de roupa de cama e camisolas novas⁴¹². Mas, as reformas não foram somente essas, visto que também foi dado aumento aos vencimentos dos funcionários das enfermarias.

Entretanto, apesar de todas as reformas (fora também encomendado o arsenal cirúrgico), o provedor relata que: “ainda há a fazer para dotar o hospital dos melhoramentos que a ciência aconselha e dos de que o nosso compromisso cogitou”⁴¹³. Nota-se que a palavra de ordem no hospital da SCMPA, a partir da nova gestão, chamava-se “ciência”. Porém, para a maioria daqueles homens (dos quais certamente não se incluía Victor de Britto e alguns outros), deixar as enfermarias nas mãos das Irmãs da Caridade não se constituiria como uma contradição, visto que o quadro atual de empregados das enfermarias “não corresponde com o nobre fim que lhe cumpre preencher”⁴¹⁴. Conforme Pedro Alves, os trâmites necessários para a vinda das Irmãs já se encontravam, naquele ano, em fase final de acerto.

Outro detalhe importante que consta no relatório de 1890 surge quando é mencionada a compra dos instrumentos cirúrgicos que foram encomendados da Europa. O custo para a aquisição do novo arsenal estava orçado em 1:242\$460: “com o qual concorreu a Sociedade Médico-Cirúrgica desta capital com o donativo que fez especialmente para esse fim da soma de Rs. 564\$500”⁴¹⁵. Não foram encontrados documentos ou referências que trouxessem os associados da Sociedade Médico-Cirúrgica Rio-Grandense⁴¹⁶, mas, é possível pensar que

⁴¹¹ Ibid. p. 9.

⁴¹² O custo total das obras foi orçado em 3:3452\$895. Id.

⁴¹³ Ibid. p. 9.

⁴¹⁴ Id.

⁴¹⁵ Id.

⁴¹⁶ Não é sabida, ao certo, a data da criação da Sociedade Médico-Cirúrgica Rio-Grandense. O pesquisador Éder Silveira indica que esta Sociedade teria sido fundada em 1886. Já o médico Paulo Roberto Ferrari Mosca, membro da Sociedade Brasileira de História da Medicina escreve, sem indicar a fonte, que a fundação teria ocorrido em 1889. Porém, conforme já trazido neste trabalho, foi encontrado documento indicando que aquela sociedade já existia em 1887. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. MOSCA. Paulo Roberto Ferrari. *Fundação da Faculdade de Medicina da UFRGS*. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em [<http://www.sbh.org.br/>]. Acesso em set. 2011. ÁVILA. Vladimir Ferreira de. “Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-

alguns desses médicos faziam parte do novo quadro de facultativos da Santa Casa. De outra forma, percebe-se um início de coesão entre os médicos diplomados que atuavam na cidade de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul.

Trazidas essas informações, é necessário retornar ao exame sobre alguns dos novos nomes surgidos no quadro médico da SCMPA naqueles anos. Direcionando o olhar para a medicina da mulher, cabe trazer a tona personagem que permaneceu discreto nas fontes, ao longo dos anos analisados: trata-se do Dr. João Plínio de Castro Menezes⁴¹⁷, então diretor da enfermaria de medicina de mulheres. Menezes entrou como cirurgião na Santa Casa no ano de 1883, um ano após a chegada de Ramiro Barcellos, porém, não foi observada qualquer relação entre um e outro naqueles anos. Menezes permaneceria na Santa Casa até o início do século XX. Em 1884 foi descrito como médico e, a partir de 1890, nomeado diretor da enfermaria de medicina de mulheres. Das poucas informações disponíveis sobre João Plínio de Castro Menezes, observou-se que ingressou em 1867 na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro⁴¹⁸ e que fazia parte da maçonaria, sendo membro da Loja Luz e Ordem de Porto Alegre, como componente da diretoria⁴¹⁹. Em um exemplar da Gazeta Nacional, que se intitulava “órgão republicano”, consta que Menezes fazia parte do Club Bento Gonçalves⁴²⁰ de Porto Alegre,

1900)”. 2010. 201 f. Dissertação (Mestrado em História). – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [2010]. p. 159 (nota de rodapé 420). Ver também: SILVEIRA, Éder. *A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005. p.136-137.

⁴¹⁷ João Plínio de Castro Menezes: nasceu em abril de 1849, sendo filho do Comendador Francisco Cândido de Castro Menezes de seu consórcio com D. Maria Raquel Froes de Castro Menezes. STUART. G. A família Castro. *Revista do Instituto do Ceará*. Disponível em: [<http://www.institutodoceara.org.br/>]. Acesso em jul. 2011.

⁴¹⁸ DECRETO N. 1431 de 28 de agosto de 1867. “Autoriza o Governo para mandar matricular na Faculdade de Medicina da Corte a João Plínio de Castro Menezes”. Disponível em: [http://archive.org/stream/coleodasleis16brazgoog/coleodasleis16brazgoog_djvu.txt]. Coleção de leis do Brasil. Acesso em nov. 2011.

⁴¹⁹ Conforme segue: “Luz e Ordem: Ven. Luis Afonso de Azambuja; 1º Vig. Dr. João Plínio de Castro Menezes; Orador Dr. João Pereira Maciel Sobrinho e Múcio Acévola Lopes Teixeira.” Fonte: GRANDE ORIENTE DO RIO GRANDE DO SUL. História do GORGS. Retirado do Jornal “O Continentino”. Edição História, Centenário do GORGS (1893-1993). Disponível em: [<http://www.gorgs.org.br/>]. Acesso em out. 2011.

⁴²⁰ GAZETA NACIONAL. Rio de Janeiro, terça-feira, 6 de março de 1888. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012. Sobre o Club Bento Gonçalves: foi fundado por Apolinário Porto Alegre. Tratava-se de um clube que reunia dissidentes republicanos com divergências ao positivismo de Julio de Castilhos. Esse grupo e mais os dissidentes do Partido Liberal, fundam em 1890 a União Nacional, com o seguinte programa: liberdade religiosa, liberdade civil, liberdade política, restauração do sistema parlamentar com restrição ao poder Executivo, descentralização política e administrativa. Em 23.4.1891 a União Nacional muda de nome para Partido Republicano Federal, praticamente com o mesmo programa, acrescentando o presidencialismo que provocou a retirada de políticos oriundos do Partido Conservador e do Liberal. Com o retorno de Gaspar Silveira Martins do exílio, há nova mudança de nome e de programa, em 31.3.1892, criam o Partido Federalista do Rio Grande do Sul que fará acirrada oposição a Júlio Prates de Castilhos”. ACADEMIA RIO-GRANDENSE DE LETRAS. Patrono Apolinário Porto Alegre. Cadeira n. 06. Disponível em: [<http://www.arl.org.br/>]. Acesso em out. 2011.

como vice-presidente⁴²¹. Não foi possível verificar se Menezes continuou no *Club* e para qual rumo seguiu dentro daquele grupo político⁴²². O certo é que seguiu trabalhando na Santa Casa ao lado de outros membros do PRR, tal como Protasio Alves. Infelizmente, visto que Menezes permaneceu à frente da enfermaria da medicina de mulheres em grande parte da sua trajetória no hospital, não foram encontradas informações a respeito das especialidades médicas desenvolvidas por ele, durante a passagem pela Faculdade de Medicina.

Prosseguindo, entre os nomes do novo quadro de médicos da SCMPA de 1890 encontrar-se-ão homens influentes na medicina profissional/científica e na política do Rio Grande do Sul do final do século XIX e início do XX. Destaca-se, para além dos outros médicos já trazidos: João Adolpho Josetti, Protasio Antonio Alves, Deoclécio Sertorio Pereira da Silva e Sebastião Affonso de Leão.

João Adolpho Josetti, natural da Província do Mato-Grosso⁴²³, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884 e, logo após, seguiu para a Europa, onde realizou estudos na Alemanha e França com importantes médicos do período, inclusive, participando dos trabalhos de Robert Koch. Chegando da Europa, passou a atuar na SCMPA e, também, em sua clínica particular. De acordo com as fontes analisadas, pode se afirmar que Josetti foi um dos mais conhecidos médicos brasileiros (no meio médico-científico) e da América do Sul no período em que atuou, sendo responsável pela realização pioneira de determinados procedimentos médicos e cirúrgicos no continente e também muito bem conceituado como obstetra⁴²⁴. Cabe destacar que o Dr. Josetti já teria enfrentado no mínimo

⁴²¹ GAZETA NACIONAL. Op. cit.

⁴²² Se este teria ou não se juntado aos que fundaram o Partido Federalista, anti-castilista, tal como Apolinário Porto Alegre.

⁴²³ Em um domingo de outubro de 1887 o jornal A Província de Matto-Grosso (órgão do partido liberal) narrava que o seu “distinto comprovinciano” ia se tornando um médico notável. Josetti havia realizado um procedimento cirúrgico de alto risco e obteve sucesso. A PROVÍNCIA DE MATTO-GROSSO. Matto-Grosso. 23 out. 1887. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

⁴²⁴ Outras informações importantes sobre Josetti: “notabilizou-se principalmente na cirurgia abdominal, dominando muito bem a assepsia cirúrgica cujas regras foi o primeiro que as aplicou devidamente no nosso meio, problema fundamental para a época, também se destacou como notável obstetra, tendo realizado inúmeros partos. Mas o que o consagrou na Obstetrícia foi a técnica das cesarianas, pois realizava-as sem necessidade de retirada do útero. Miguel Couto ao recebe-lo na Academia Brasileira de Medicina declarou que Josetti foi o primeiro médico a fazer a cesárea com resultado íntegro mãe-feto na América do Sul [...] Viajou para a Alemanha em 1891 e estagiou no Serviço do Dr. Robert Koch, o descobridor do bacilo da Tuberculose [...] O grande sucesso de Josetti não foram somente as 92 cesarianas feitas, mas foi o primeiro cirurgião da América Latina a realizar a gasserectomia (retirada do gânglio de Gasser, na base do crânio), devida a enxaqueca.” DR. NICANOR LETTI História da Faculdade de Medicina da UFRGS: O Dr. João Adolpho Josetti. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br>]. Acesso em set. 2011. Muitas das informações constantes no blog citado são observadas nos relatórios da provedoria da SCMPA, tal como a viagem à Europa para o estudo do bacilo da tuberculose, bem como, sobre a extração do Gânglio de Gasser. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891-1895.

uma situação desgastante com Israel Barcellos Filho, ao menos é o que aparenta nas informações da fonte consultada, quando os dois médicos assumiram a Inspetoria de Higiene da Província de São Pedro em 1886: o segundo como Inspetor e o primeiro referido como “membro”⁴²⁵.

Protasio Antonio Alves nasceu em Rio Pardo, em março de 1858. Formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1881. Após, partiu para a Europa e em Viena se especializou em ginecologia e obstetrícia⁴²⁶. Após seu retorno para o Rio Grande do Sul, filiou-se ao PRR, tendo sido eleito deputado à Assembleia Constituinte Estadual do Rio Grande do Sul em 1891⁴²⁷. Foi também designado, na década de 90, delegado de polícia, por Júlio de Castilhos⁴²⁸. Em 1892 seria nomeado Inspetor de Higiene⁴²⁹. Seu antecessor, conforme já observado, havia sido Israel Rodrigues Barcellos Filho. Em seu primeiro relatório à frente da repartição, pode se dizer que não faltaram farpas direcionadas à gestão anterior (comandada por Israel Barcellos Filho), conforme observado em relatório, ao destacar as condições precárias em que se encontrava a dita Inspetoria⁴³⁰.

Em 1890 passaria a prestar seus serviços médicos à SCMPA, como médico diretor da enfermaria de ginecologia e partos, uma das suas especialidades. Função que exerceria ao longo da década de 90, tendo como médico adjunto na mesma enfermaria Deoclécio Sertorio Pereira da Silva. Em 1897, por motivo de “um impedimento”⁴³¹ de Protasio, Dr. Sebastião de Leão o substituiria na direção da dita enfermaria. Também foi membro da alta administração da Santa Casa no ano de 1891, assumindo o cargo de provedor por um curto período de tempo

⁴²⁵ No primeiro relatório apresentado pela Inspetoria ao final do primeiro ano de trabalho, Israel Barcellos Filho traz as seguintes informações: “Deixo de apresentar a V. Ex. a estatística demógrafo-sanitária, de que fala o art. 23 do referido regulamento, porque o membro que encarregou-se desse trabalho, Dr. João Adolpho Josetti Filho, até a presente data não o remeteu. Devo, porém, fazer notar a V. Ex. que aquele membro já pediu sua exoneração desde o dia 24 de dezembro do ano próximo passado. Deus Guarde a V. Ex. – Illmo. E Exm. Sr. Dr. Barão de Ibituruna, Digníssimo Inspetor Geral de Higiene. O Inspetor Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho”. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspetoria de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. p. 4.

⁴²⁶ MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Protasio Antonio Alves. Disponível em: [<http://www.muham.org.br/>]. Acesso em jul. 2011.

⁴²⁷ CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006.

⁴²⁸ FLORES, Moacyr. *Dicionário de história do Brasil*. Protasio Antonio Alves. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

⁴²⁹ No século XX também assumiria o cargo de Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior.

⁴³⁰ De certo modo, com teor muito próximo das acusações realizadas por Victor de Britto à Barcellos Filho quando este último ainda dirigia o hospital da SCMPA. Porém, apesar das críticas ao estado de desorganização da repartição, Protasio procura direcioná-las mais para o sistema de governo anterior (que retirava a autonomia das províncias) do que ao antigo Inspetor de higiene. SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 93.

⁴³¹ RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891-1897.

e as posições de escrivão da Mesa e de mordomo da farmácia (botica), isso sem deixar o cargo de diretor da enfermaria de ginecologia e partos.

Sebastião Leão foi natural de Porto Alegre. Nascido em 1866, morreu jovem, em fevereiro de 1903. Formou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888⁴³². Em 1896 foi nomeado médico legista da Polícia de Porto Alegre. Sobre as especialidades por ele desenvolvidas, observou-se que durante o curso da Faculdade no Rio de Janeiro se deteve, em grande parte, sobre a medicina da mulher:

[...] desempenhava os encargos de interno de 1ª classe no hospital de Santa Casa de Misericórdia do Rio, lugar adquirido por concurso em 1884, e os de interno da clínica de moléstias de crianças da Faculdade, também alcançado brilhante concurso em 1886, e ainda as funções de chefe de clínica de moléstias de mulheres na Policlínica Geral e ajudante de preparador da cadeira de operações da Faculdade⁴³³.

São poucas as informações encontradas sobre Deoclécio Sertorio Pereira da Silva⁴³⁴. Foi identificado que o título de doutor em medicina foi obtido junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na década de 1880, em data muito próxima a da titulação de Sebastião Leão⁴³⁵. Pereira da Silva ingressou na SCMPA como médico adjunto da enfermaria de ginecologia e partos em 1890, permanecendo nesse posto ao longo da década de 90, indicando que a sua especialidade estava centrada nos serviços específicos prestados por aquela enfermaria⁴³⁶. Deoclécio Pereira da Silva, logo na sua chegada à Pia Instituição, assumiu a diretoria do serviço sanitário do hospital (cargo criado pela nova Mesa), sendo descrito pelo provedor interino de 1891, Victor de Britto, como um médico muito distinto pelos seus

⁴³² Tese defendida: “Da Intervenção Operatória nos Traumatismos do Cérebro e da Medula, tese de doutoramento”, em 1888. Foi também revisor da Gazeta de Notícias, do Rio de Janeiro, em seu tempo de faculdade (1883-1884). A partir daí estaria sempre ligado, também, à atividade jornalística. Em Porto Alegre se tornou redator de *Gazeta Americana*, 1892-1894; *O Dia*, 1894-1895; *Correio do Povo*, 1895-1903 e da *Revista da Sociedade de Medicina*. LAYTANO, Dante de. *Manual de fontes bibliográficas para o estudo da história Geral do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 1979. p. 95.

⁴³³ PORTO-ALEGRE, Achylles. Op. cit. Dr. Sebastião Leão.

⁴³⁴ Também encontrado em algumas fontes como Dioclécio Sertorio Pereira da Silva.

⁴³⁵ No *Jornal A Folha Nova* de 10 de novembro de 1883 consta que naquela data Deoclécio Sertório Pereira da Silva prestava os Exames práticos da 5ª série médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Era comum os jornais do período publicar as datas dos testes e os respectivos alunos matriculados nos cursos das Faculdades. *A FOLHA NOVA*. Rio de Janeiro. 10 nov. 1883. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012. Também é trazido como colega de Protasio Antonio Alves na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006. p. 45.

⁴³⁶ Entre os anos de 1908 e 1924 assumiria o cargo de diretor do Hospício São Pedro, mesmo posto assumido por Olympio Olinto de Oliveira em 1888-1889 (diretor do dispensário de crianças da SCMPA na década de 1890). SECRETARIA DA SAÚDE. Estado do Rio Grande do Sul. *Pergaminho Nominata Diretores do Hospício/Hospital São Pedro*. Disponível em: [<http://www1.saude.rs.gov.br/>]. Acesso em out. 2011.

conhecimentos científicos, dedicação e generosidade⁴³⁷. Nota-se que a Mesa de 1891 continuou a ser constituída por médicos, incluindo o cargo de provedor, que no mesmo ano teve como ocupantes: Ramiro Fortes de Barcellos, Victor de Britto e Protasio Alves⁴³⁸.

Cabe ressaltar que nas Mesas de 1890 e 1891, ocupadas em seus maiores cargos por médicos, houve preocupação acentuada em respaldar as ações tomadas como “guiadas pelos preceitos da ciência”. E não se pode deixar de se fazer aqui, análise mais detida sobre essa expressão utilizada pelos provedores nos relatórios, e ainda, sobre os motivos de tamanha mudança na organização do hospital da SCMPA, que por sua vez desencadearam a criação de determinadas especialidades sob a forma de novas enfermarias, tal como a de ginecologia e partos. Desse modo, é importante observar, mesmo que ligeiramente, o ensino da medicina que aqueles médicos tiveram em suas faculdades.

Foi visto que a totalidade dos médicos da SCMPA se formou nas duas únicas faculdades existentes no Brasil: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia. Com a exceção de Victor de Britto e de Manoel Martins dos Santos Penna (formado em 1855, que atuou na Santa Casa em 1880 e 1881) que se formaram na Bahia, todos os outros médicos obtiveram o título pela Faculdade do Rio de Janeiro. Entretanto, há de se indicar que o modelo de ensino de ambas as faculdades de medicina era regido pelo governo nacional, que por sua vez instituíam currículos idênticos para os cursos de medicina em ambas as faculdades.

De outra maneira, a observação do período de formação desses médicos possibilita a verificação de laços entre os mesmos já no curso da faculdade. E esse é o caso de Protasio Alves, Serapião Mariante, Carlos Wallau e Deoclécio Pereira da Silva, que estudaram juntos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no início da década de 1880⁴³⁹. Nessa mesma década, porém, poucos anos depois, se formariam João Adolpho Jozetti (1884) e Sebastião Leão (1888). Muito próximos à turma de Protasio Alves, formaram-se em 1878 Ramiro Barcellos e Victor de Britto, porém, esse último, na Bahia. Muito possivelmente, essa geração de médicos (de Ramiro Barcellos até Sebastião Leão) que se reuniria na SCMPA, desenvolveria algum tipo de laço ou ao menos estabeleceriam algum tipo de contato, ao longo

⁴³⁷ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891. p. 5.

⁴³⁸ O titular eleito era Ramiro Fortes de Barcellos. Porém, devido às constantes ausências, fora substituído. O mesmo se deu com Victor de Britto e Protasio Alves. A substituição se dava de acordo com o previsto no compromisso da SCMPA, visto que o provedor seria imediatamente substituído pelo escrivão da Mesa, e este, “pelo imediato em votos”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit.

⁴³⁹ CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006. p. 45.

dos anos de realização do curso, naquela Faculdade. Por outro lado, médicos da Santa Casa também importantes, tal como Israel Barcellos Filho e João Plínio de Castro Menezes, que faziam parte da *velha guarda* de médicos da Pia Instituição, realizaram seus cursos ainda na década de 1860, conquistando o título no início dos anos 70.

Nesse ponto, é necessário trazer algumas informações sobre o ensino médico no Brasil. Dentro do que se refere aos padrões epistemológicos da medicina no Brasil, Edler⁴⁴⁰ demonstra que as duas mudanças nos estatutos das faculdades de medicina no Brasil (ocorridas em 1854 e no início da década de 1880) foram orientadas por modelos advindos da Europa: a primeira, orientada pelo modelo anatomoclínico, que se inspirava no arranjo centralizador das instituições médicas parisienses; a segunda incorporava as disciplinas de laboratório e seguia o modelo germânico, traduzindo-se nas palavras de ordem “ensino prático” e “ensino livre”. Tal influencia seria sentida com muita força no período republicano, em que as instituições de pesquisa brasileiras também seguiram modelos advindos da Europa, muitas vezes indicados e gerenciados por renomados e influentes profissionais brasileiros que trabalhavam em instituições congêneres na Europa. De forma mais detida sobre modificações no ensino médico daqueles anos, é importante destacar que a Reforma Leôncio de Carvalho⁴⁴¹, para além de instituir a cadeira de clínica obstetrícia e ginecológica, veio para suprir a necessidade do ensino prático e experimental⁴⁴², há tanto tempo reclamada pelos professores e alunos das faculdades brasileiras⁴⁴³.

Realizadas essas considerações, não é crível pensar que tais reformas no ensino médico tenham surgido sob forma espontânea sem alarmar os ânimos de quem fazia parte daquelas faculdades, seja na posição de professor ou de aluno. Provavelmente, naquele momento de mudanças⁴⁴⁴, muitos dos alunos que se formavam naqueles anos (antes ou pouco depois das reformas) já tinham consciência plena da importância que representavam tais reformas para a medicina institucional e científica brasileira. E possivelmente era essa a situação vivida pelos futuros médicos da SCMPA, que se formaram em meio a essas reformas. Nesse sentido, talvez seja exemplar a observação das trajetórias de Protasio Alves e

⁴⁴⁰ EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. P.178.

⁴⁴¹ De 19 de abril de 1879, acrescida dos decretos de 12 de março de 1881 e de 30 de outubro de 1882. SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil* (do século XVI ao século XIX). São Paulo: Brasiliense, 1947. v.3. Quadro do ensino medico no Brasil.

⁴⁴² EDLER, Flávio Coelho. Op. cit. p. 178.

⁴⁴³ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jan. e mar. 1884. p. 300-312/401-415.

⁴⁴⁴ Conforme identificado nas fontes consultadas, certamente iniciadas muito tempo antes da publicação das reformas, visto que essas se constituíram como respostas à pressão que o governo recebia por parte das faculdades.

João Josetti, que procuraram especialização prática no ensino médico europeu. Logo, infere-se que, independentemente de terem ou não realizado o curso após as mudanças de 1879-1882, para a maioria dos médicos formados próximo àquele período, havia a consciência de que era necessária (dentro das novidades do meio) maior aproximação com a prática, voltada para os novos preceitos científicos que se criavam e eram utilizados na Europa.

De outro modo, tais reformas também direcionavam o olhar dos novos médicos, cada vez mais, para o corpo da mulher. E conforme foi possível observar, parece que os médicos entrados na SCMPA, principalmente a partir do final da década de 1880, tinham uma coesão de pensamento sobre como conduzir a prática da medicina no hospital de acordo com o novo ensino, passando, conseqüentemente, a destinar maior importância para a medicina da mulher. Por conseguinte, é plausível pensar que os laços desenvolvidos por aquele grupo de médicos eram unidos, para além dos vínculos políticos, sociais e de amizade, por uma visão muito próxima sobre o modo de entender e empreender a medicina.

Em outra instância, é muito provável que estes médicos já percebessem, naquele período, a possibilidade de fortalecimento das suas posições (a fim de realizarem seus objetivos) a partir do momento em que se constituíssem como um grupo com ideias comuns. Desse modo, outro argumento para a comprovação desta hipótese pode ser observado por meio da criação da Sociedade Médico Cirúrgica Rio-Grandense na segunda metade da década de 1880 e, mais especificamente, da Sociedade Médica de Porto Alegre no início da década de 1890. Sobre a constituição dessa última, de acordo com uma das poucas referências existentes sobre a mesma:

Um grupo de médicos reuniu-se em 13 de setembro de 1892 [...] numa saleta da Santa Casa de Misericórdia e fundaram a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, ficando a diretoria assim constituída: Presidente: Rodrigo de Azambuja Villa Nova⁴⁴⁵, primeiro secretário: Olinto de Oliveira, segundo secretário: Jose Carlos Ferreira, tesoureiro: Carlos Nabuco e arquivista: Victor de Britto. Os estatutos previam o habito salutar da renovação periódica dos dirigentes por eleições, garantiu

⁴⁴⁵ Rodrigo de Azambuja Villanova nasceu em Taquari em 1884 e faleceu em Porto Alegre no ano de 1898. Foi presidente da província do Rio Grande do Sul, indicado por Gaspar Silveira Martins, foi nomeado presidindo interinamente por duas vezes, de 25 de abril a 26 de outubro de 1887 e de 27 de janeiro a 7 de agosto de 1888. Ocupou, também, o cargo de Diretor-Geral da Instrução Pública do governo da Província de 1875 a 1878 e foi vinculado ao partido conservador. PORTO-ALEGRE, Achylles. Op. cit. Rodrigo de Azambuja Villanova.

o progresso devido a competitividade que sempre caracterizou os ambientes médico-profissionais⁴⁴⁶.

Nota-se, não somente pelos nomes contidos nesta passagem, mas por tudo o que foi trazido até então, que o hospital da SCMPA se formava como um lócus específico de união para os médicos da cidade, naquele momento, constituindo-se formalmente como uma classe profissional. Nesse sentido, ainda sobre a constituição da referida Sociedade, são interessantes algumas passagens trazidas por outra das referências encontradas:

Começa a aparecer uma estruturação interna de algumas *categorias profissionais* de cunho liberal. Um fator externo para esta estruturação é a não aceitação por vários profissionais liberais, formados nas faculdades do Império ou da recém fundada República, que exerciam suas atividades no Estado, da liberdade profissional permitida pela Constituição Estadual de 1891. Assim buscando organizar os médicos e enfrentar, de certa forma, o estamento estadual, em 1889 é fundada a Sociedade Médico Cirúrgica Rio-Grandense e, em 1892, os médicos de Porto Alegre, liderados por Rodrigo de Azambuja Villanova, decidem organizar um grupo associativo, destinado a opor resistência à liberdade profissional, fundando, num salão da Santa Casa, a Sociedade Médica de Porto Alegre; a primeira diretoria desta última envolveu, além de Rodrigues Villanova (que morre em 24.10.1898), Dioclécio Pereira da Silva, Olympio Olinto de Oliveira, João Carlos Ferreira, Carlos Frederico Nabuco e Victor de Brito⁴⁴⁷.

Conforme pode ser observado, dada a incoerência das informações entre as duas únicas referências encontradas⁴⁴⁸ sobre o momento da constituição da Sociedade Médica de Porto Alegre⁴⁴⁹, há de se ter cuidado com a validade desses dados para fins da constituição do conhecimento histórico sobre a formação da classe médica no Rio Grande do Sul. Entretanto, para além da fragilidade das informações trazidas, tudo leva a crer que naqueles anos, de fato, alguns médicos de Porto Alegre passaram a se estruturar como um grupo com ideias e

⁴⁴⁶ Conforme o autor: “Em 1892 a cidade de Porto Alegre, incluía os municípios de Guaíba e Barra do Ribeiro, tinha mais ou menos 75.000 habitantes, pelas pesquisas realizadas, clinicavam os seguintes médicos: Adolfo Jossetti, Jorge Fayet, Dioclecio Pereira da Silva, Sebastião Leão, Victor de Britto, Oscar Noronha, Saturnino Thomaz de Aquino, Augusto Alvarez da Cunha, Jose Bernardino Bittencourt, Protasio Alves, Ricardo Machado, Alberto Campos Velho, Israel Rodrigues Barcellos, Luiz Masson. Rodolfo Masson, Emilio Gomes, Joaquim Pedro Soares, Diogo Martins Ferraz, Francisco Freire de Figueiredo, João Dias Campos, Francisco Freire de Figueiredo, João Dias Campos, Francisco Carvalho Freitas, Ramiro Barcellos, Tristão de Oliveira Torres, Eduardo Sarmento Leite da Fonseca. Olinto de Oliveira, Angelo Dourado, Carlos Nabuco, Jose Carlos Ferreira e Rodrigo de Azambuja Villa Nova. A Sociedade manteve-se até 1951, quando Paulo Tibiriça e Bruno Marsiaj da Sociedade de Cirurgia aprovaram a fusão, criando meses apos a Associação Medica do Rio Grande do Sul - AMRIGS”. DR. NICANOR LETTI História da Faculdade de Medicina da UFRGS: *A primeira entidade médica do RGS*. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br>]. Acesso em set. 2011.

⁴⁴⁷ MOSCA. Paulo Roberto Ferrari. *Fundação da Faculdade de Medicina da UFRGS*. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em [<http://www.sbhm.org.br/>]. Acesso em set. 2011.

⁴⁴⁸ Sem falar que os dados são simplesmente apresentados sem a preocupação dos autores em referenciá-los.

⁴⁴⁹ Diferença em relação aos nomes dos membros fundadores, além de apresentarem datas distintas de fundação.

projetos comuns. E entre esses objetivos, conforme pôde se perceber, encontrava-se o de constituir, institucionalmente, uma medicina de caráter mais científico na cidade de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul. Ao encontro deste argumento, também nos primeiros anos da década de 1890, foi identificada a criação da “*Revista Médica de Porto Alegre*”, que tinha como editor Sebastião Leão⁴⁵⁰ (também médico da Santa Casa). Nota-se, assim, a construção de uma base cada vez mais sólida de união e de objetivos comuns entre aqueles médicos, tendo o hospital da SCMPA como principal lócus de atuação, a partir da sua nova organização.

E, nesse sentido, observa-se que a medicina da mulher sempre constava na pauta das atenções daqueles médicos, principalmente, por meio da obstetrícia e da ginecologia. Conforme verificado, a preocupação com essas especialidades dentro da Santa Casa foi bem mais além da criação (1890) da enfermaria de ginecologia e partos do diretor Protasio Antonio Alves. Em 1897 se daria a criação, na Pia Instituição, de um “Curso de Partos”, assim narrada em relatório pelo provedor Tenente-Coronel Antonio Soares de Barcellos:

Os ilustrados e provecos facultativos **Protasio Alves, Deoclécio Sertorio Pereira da Silva, Carlos Frederico Nabuco e Sebastião Affonso de Leão**, aos quais este Pio Estabelecimento deve assinalados serviços, tiveram a feliz inspiração de nele fundarem um curso livre de partos, com o fim de preparem praticamente as senhoras que desejassem exercer a profissão de parteiras. A utilidade da medida é de fácil intuição. A cidade já assaz populosa, contendo não poucos arrabaldes com grande número de habitações, não conta entretanto com relativo pessoal habilitado para atender a todas as parturientes, resultando desta falta a perda de muitas mães de família, ou, pelo menos, contrair-se enfermidades que passam a ser o tormento de uma curta existência. Logo que tive conhecimento de tão nobre iniciativa, não só permiti que o curso funcionasse no serviço de obstetrícia do hospital, como providenciei para que fossem fornecidos os móveis necessários; e, completando o arsenal cirúrgico da enfermaria, autorizei a sua instalação no ensino. O curso foi inaugurado a 5 de abril com dez alunas, algumas das quais auxiliam no serviço daquela enfermaria⁴⁵¹.

⁴⁵⁰ Conforme observado, foi o primeiro periódico médico produzido em Porto Alegre. Data de 1893. Mesmo com insistente procura, não foram encontrados documentos ou mais informações sobre o periódico portolegrense e às sociedades descritas. Índícios sobre a existência do periódico foram encontrados em: MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Sebastião Affonso de Leão. Disponível em: [<http://www.muhm.org.br/>]. Acesso em jul. 2011. DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>]. Sobre a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, ver: GAZETA MÉDICA DA BAHIA, set. de 1892. Op. cit. MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Sebastião Affonso de Leão. Disponível em: [<http://www.muhm.org.br/>]. Acesso em jul. 2011. Menção sobre a criação da Revista identificada em: DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>].

⁴⁵¹ Grifos do autor. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1897. p. 16.

Dadas estas informações, com destaque para os elementos que motivaram o estabelecimento do curso, é importante indicar o número de partos realizados na Santa Casa desde o início das atividades da enfermaria de ginecologia e partos⁴⁵² (destacando que no período anterior à inauguração da enfermaria eram raros os casos de realização de parto na Instituição): em 1890, 4 partos; em 1895, 12 partos, e em 1896 a avultada soma de 40 partos. Infelizmente, para os anos de 1891, 1892, 1893 e 1894 não foram trazidos os procedimentos realizados pela dita enfermaria. Nota-se, por meio desses números, o considerável crescimento do número de mulheres que passaram a procurar a Santa Casa para a realização do parto. Entretanto, do ponto de vista mais qualitativo sobre tais informações, destaca-se que em 1890 foram realizados 4 partos “a termo natural”⁴⁵³. Já no relatório de 1897, observa-se o crescimento de complexidade dos procedimentos e intervenções realizadas naquela enfermaria:

26 partos sem intervenção ou com pequenas intervenções. 2 ditos que reclamaram versão podalica [sic]; sendo um por apresentação transversa e outro por necessidade de uma intervenção rápida por causa de hemorragia em placenta prévia. Neste caso praticou-se a dilatação do colo e fez-se a intervenção logo que foi possível a introdução de mão. 2 ditos que reclamaram a aplicação de fórceps: um por necessidade de tornar rápido o delivramento [sic] por causa dos ataques de eclampsia, e o outro para vencer a resistência do períneo em caso de contrações fracas⁴⁵⁴.

Em seguida também são descritos os demais procedimentos realizados na mesma enfermaria:

12 curetagens de útero. 1 Kolpo-períneo-raphia [sic]. 1 Polypo [sic] uretral (extirpação). 15 delivramentos [sic] artificiais. 2 fistulas retro-vaginais. 4 extirpações completas do seio por causa de cancros. 1 grande lipoma que estendia-se do braço ao tórax (extirpação). 1 trepanação do externo por causa de abscesso retro-external [sic]. 1 curetagem da clavícula por periostite [sic]. 1 esvaziamento do fêmur por osteo-myelite [sic]. 1 amputação do braço no colo cirúrgico, por esmagamento. 1 extirpação de bala da região lombar (ferimento penetrante do fígado e rim). 15 abscessos em várias regiões. 1 embriotomia [sic]. Dessas doentes apenas uma

⁴⁵² De acordo com os dados dos relatórios da provedoria. Ibid. 1890, 1895, 1896.

⁴⁵³ Ibid. 1890.

⁴⁵⁴ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1897. Relação dos trabalhos executados na enfermaria de cirurgia de mulheres e partos, durante o ano de 1897.

faleceu: foi a afetada de eclampsia, que teve, depois do delivramento e apesar de toda a medicação aconselhada em casos tais, mais 21 acessos convulsivos⁴⁵⁵.

Verifica-se que a enfermaria de “ginecologia e partos” (denominação assim trazida na descrição da enfermaria no relatório⁴⁵⁶) era na verdade, conforme observado na citação dos procedimentos realizados, uma enfermaria de *cirurgia de mulheres e parto*. De qualquer forma, independentemente da pluralidade de intervenções realizadas, nota-se cada vez mais a procura de mulheres pelos serviços da dita enfermaria, e ainda, a maior especialização dos procedimentos médicos nela prestados⁴⁵⁷.

Naquele ano, o hospital da Santa Casa contaria com mais uma enfermaria para mulheres, a segunda, tendo como diretor o Dr. Alberto de Campos Velho. A 1ª enfermaria de medicina de mulheres continuaria a ser dirigida por João Plínio de Castro Menezes. Na realidade, a 1ª enfermaria havia sido dividida em duas, para fins de constituir, na 2ª, uma enfermaria de isolamento específica para as mulheres tuberculosas. Para os homens, no mesmo ano, também foi criada uma enfermaria específica para tuberculosos (ainda antes da feminina), sendo denominada como “3ª enfermaria de medicina para homens”. Nesse ínterim, destaca-se que para os homens havia três enfermarias de medicina e duas de cirurgia e, para as mulheres, duas de medicina e uma de cirurgia e partos. Tal diferença refletiria, antes de representar um descaso com o atendimento das mulheres internadas, conforme ainda será visto mais detidamente nesta pesquisa, a procura de atendimentos, por cada um dos sexos, naquele hospital.

Nesse contexto, é importante ressaltar que aquelas enfermarias eram destinadas, mais especificamente, para a população pobre da cidade, público que, conforme visto, foi o que mais utilizou os serviços da Pia Instituição ao longo do século XIX. Entretanto, algumas modificações já se faziam sentir desde 1893, com o direcionamento dos serviços de medicina da SCMPA para as demais classes econômicas: haviam sido criadas duas enfermarias específicas para particulares, sendo uma para mulheres e outra para homens (agora não mais direcionadas aos escravos). Nestas enfermarias os pacientes, que pagavam pelos serviços

⁴⁵⁵ Id.

⁴⁵⁶ Id. p. 13.

⁴⁵⁷ Em 1890 os procedimentos executados foram (seguido do número de casos): “Extirpação dos gânglios da axila por degenerescência cancerosa: 1; excisão do tecido conjuntivo de nova formação circunvizinha à úlcera caldea [sic]: 1; parto a termo natural: 4; abscessos do seio: 2; extirpação completa do seio por causa de carcinoma: 3; dilatações de abscesso em diversas regiões: 13; recessão da parte horizontal do maxilar inferior: 1; traqueotomia em uma criança de 2 anos: 1”. Nota-se que os procedimentos cirúrgicos em crianças eram também realizados na enfermaria de cirurgia feminina. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1890. Relação das operações praticadas nas enfermarias de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia no ano de 1890.

médicos, poderiam escolher o médico para a realização do tratamento⁴⁵⁸. Outra medida importante observada em 1897 no hospital foi a criação da enfermaria de crianças, dirigida pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. Anteriormente, as crianças eram tratadas na enfermaria de medicina de mulheres. Desde 1892 a provedoria já apontava para a necessidade da criação de uma enfermaria específica para as crianças⁴⁵⁹.

Entretanto, conforme já advertido no começo dessa discussão, não se quer dizer aqui que as coisas transcorreram sob um mesmo modo de 1892 em diante, em comparação às grandes mudanças ocorridas entre 1890 e 1891. A partir de 1892 os médicos não faziam mais parte da alta administração da SCMPA, sendo aqueles cargos ocupados, em sua maior parte, por militares. O ativo Victor de Britto se ausentaria da Pia Instituição e do Estado do Rio Grande do Sul durante toda a Revolução Federalista e Ramiro Fortes de Barcellos não apareceria mais como médico ou membro da alta administração. De outro modo, Protasio Antonio Alves, que já havia ocupado os cargos de mordomo e de escrivão da Mesa, limitaria suas ações ao papel de diretor da enfermaria de ginecologia e obstetrícia.

Relacionando a análise realizada até o momento à referência bibliográfica que oferece diálogo sobre a temática, observa-se que Beatriz Weber, sem fazer menção às modificações ocorridas em 1890, indicou que alterações acentuadas na prática médica no interior da Santa Casa não seriam identificadas de 1894 até 1914⁴⁶⁰. No entanto, Weber indica que a presença efetiva de médicos na administração da SCMPA, o que resultaria em uma “hegemonia científica” no hospital, somente teria ocorrido após a saída de Antonio Soares de Barcellos do cargo de provedor, após 20 anos à frente da Instituição, em 1914. Essa hegemonia científica estaria intrinsecamente ligada à presença de um médico ocupando o cargo de provedor, o que possibilitou aos médicos a reorganização do funcionamento do hospital da SCMPA⁴⁶¹. Talvez

⁴⁵⁸ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1894. p. 11.

⁴⁵⁹ Ibid. 1892. p. 7.

⁴⁶⁰ Ainda conforme Weber, um momento de estagnação se daria a partir de 1894, com o cargo maior da SCMPA sendo ocupado pelo Tenente-coronel Antonio Soares de Barcellos até 1914: “Um momento crucial para a construção de uma hegemonia “científica”, que ocasionou rearranjos na instituição, ocorreu com a troca do provedor, tenente-coronel Antonio Soares de Barcellos (1894 a 1914), em 1915, que ocupou o cargo por 20 anos. A troca de provedoria revelou que havia discordâncias sobre a situação do hospital, que só vieram à tona quando mudaram os responsáveis pela administração. Foi uma oportunidade de refazer a organização da instituição sobre novos padrões, questionando a sistemática de funcionamento e os preceitos de higiene que eram usados até então”. WEBER, Beatriz Teixeira. *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*. Disponível em: [<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf>]. Acesso em: jul. 2010. p. 8.

⁴⁶¹ Weber indica que: “Nessa perspectiva, o médico Victor de Britto assumiu a direção do Serviço Sanitário, tornando-se superintendente do serviço clínico e fiscal supremo do serviço sanitário, além de intermediário entre o corpo médico e a alta administração. Fez um projeto para organização de um Regulamento Sanitário do Hospital, que foi aprovado, em 1919, quando ele assumiu a provedoria. Preocupou-se com a administração hospitalar, reformulando o funcionamento e organização do mesmo. A presença de médicos nessa instituição só

não seja possível (e nem se deva tentar) comparar o tamanho das transformações ocorridas nos anos 1890 e 1891 com as realizadas a partir de 1915, pois se tratavam de diferentes contextos, que por sua vez, definiam (para além da própria Santa Casa) o que poderia se considerar como uma medicina científica em cada um dos dois períodos. De qualquer modo, identificou-se que naqueles anos iniciais da década de 1890 existiu uma espécie de hegemonia *médico-científica* (mesmo que embrionária) na administração da Santa Casa e do seu hospital, que tentou se organizar e empregar modificações em torno da medicina que lá se realizava sob preceitos científicos, de acordo com os saberes, ideias e trajetórias dos médicos envolvidos. Casualmente, o mesmo Victor de Britto que assumiria a provedoria em 1915 foi quem, por alguns meses no ano de 1891, substituiu Ramiro Fortes de Barcellos no cargo de provedor. E ainda mais, conforme identificado, ao lado de Barcellos, teve voz muito participativa na reorganização pela qual passou o hospital da SCMPA ainda no início da última década do século XIX.

Além disso, conforme trazido, as modificações em pró dos *novos preceitos médicos* (conforme assim trazido por aqueles médicos) continuaram a ser realizadas no decorrer da década de 1890. Estas medidas, assim como a criação da enfermaria de ginecologia e partos, geraram novo arranjo organizacional e espacial estabelecido não somente por classe, sexo e idade (como sempre tinha sido ao longo da história daquele hospital, até a década de 1890), mas também, por especialidades médicas, ou ainda, por moléstia (tal como as enfermarias para tuberculosos).

Nesse sentido, daquela união de facultativos que prestavam serviços à SCMPA com outros médicos de Porto Alegre, surgiria a Sociedade de Medicina de Porto Alegre⁴⁶², o primeiro periódico médico da mesma cidade que se tem relato, e ainda, o já destacado Curso de Partos, realizado na enfermaria de ginecologia e partos da Santa Casa. Tomava-se um rumo que, para além do desejo de fortalecimento da já formada classe médica porto-alegrense, apontava para a constituição de uma medicina científica, institucional e, mais importante para esta pesquisa, para a construção da medicina da mulher, naquela cidade.

Cabe destacar que, ao lado dessa medicina científica incipiente, em 1895, Porto Alegre contaria com uma Escola de Farmácia, criada por um grupo de farmacêuticos, proprietários de

ocorreu a partir de um novo contexto, já no século XX”. Trazendo um pouco mais sobre as ações de Victor de Britto como provedor em 1914: “Ele implantou uma nova sistemática de funcionamento do hospital, provavelmente mais técnica e mais vinculada à gerência médica hospitalar, que gerou reclamações e demissões, inclusive de médicos. Apesar das mudanças, o forte conteúdo católico da instituição foi mantido”. Ibid. p. 4 e 5.

⁴⁶² Constituinte-se em um detalhe importante ela ter sido fundada em uma sala da própria Santa Casa.

farmácias da cidade (unificados por meio da sociedade “União Farmacêutica”)⁴⁶³, que em 1897 se tornaria a “Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre”⁴⁶⁴. Da união da Escola de Farmácia com o “corpo docente” do Curso de Partos da Santa Casa, estaria dado o passo definitivo para a constituição da medicina científica, institucional e acadêmica em Porto Alegre, com a medicina da mulher se constituindo como especialidade protagonista:

No dia 25 de julho de 1898, a **Congregação da Escola Livre de Farmácia e o corpo docente do Curso de Partos reuniram-se com o propósito de fundarem a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre**. Terceira escola de medicina do país, teve como primeiro diretor **Protásio Antônio Alves**, e vice-diretor, Alfredo Leal [...] Constituída pelos cursos de medicina, farmácia, odontologia, obstetrícia e química industrial, a nova instituição ficou sediada na rua General Vitorino, nº 55. Em 15 de março de 1899, foi proferida a aula inaugural e foram iniciadas suas atividades com 67 alunos, sendo 18 de medicina, 41 de farmácia, três de odontologia e cinco de obstetrícia. Naquele ano, seu curso ficou assim constituído:

1ª série: física experimental (Diogo Martins Ferraz); química mineral e princípios de mineralogia (José Virgínio Martins); botânica e zoologia (Manoel da Silva Pereira);

2ª série: anatomia descritiva (Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca); histologia (Ricardo Pereira Machado); química orgânica (Christiano Felipe Fischer); bacteriologia (Manoel Gonçalves Carneiro);

3ª série: fisiologia (**Arthur Pereira Castilho**); patologia geral (**Victor de Britto**); anatomia e fisiologia patológicas (**Olympio Olynto de Oliveira**); química biológica (**Arthur Pereira Castilho**);

4ª série: patologia médica (Tristão Torres); patologia cirúrgica (**Licerio Seixas**); terapêutica (**João Dias Campos**); farmacologia e arte de formular (**Francisco Carvalho de Freitas**)⁴⁶⁵;

5ª série: operações e aparelhos (**Carlos Wallau**); anatomia médico-cirúrgica (Arthur Franco de Souza); obstetrícia (Francisco Freire de Figueiredo); clínica propedêutica (Diogo Álvares Fernandes Fortuna);

6ª série: higiene (**José Carlos Ferreira**); medicina legal (**Sebastião Affonso Leão**); química analítica e toxicológica (Alfredo Leal); química ginecológica e obstétrica (**Protásio Antônio Alves**); clínica cirúrgica (**Serapião Henrique Mariante e João Adolfo Josetti**); clínica médica (**Deoclécio Pereira** e Jacyntho Luiz Gomes);

⁴⁶³ MOSCA. Paulo Roberto Ferrari. Op. cit.

⁴⁶⁴ Escola Livre de Farmácia e Química Industrial: “A Escola Livre de Farmácia e Química Industrial teve sua origem a partir da União Farmacêutica de Porto Alegre, criada em 1894 como uma sociedade de farmacêuticos, proprietários de farmácias e droguistas. Segundo seus estatutos, um dos objetivos principais daquela agremiação era a criação de um curso de farmácia. Em setembro de 1895, foi concretizado esse objetivo com a fundação de uma escola de farmácia, instalada em fevereiro seguinte. O governo estadual, representado por Júlio de Castilhos, cedeu duas salas e os aparelhos dos gabinetes de Física e Química da Escola Normal, situada na rua Duque de Caxias, esquina de Marechal Floriano Peixoto. Seu primeiro presidente foi o farmacêutico Alfredo Leal, tendo como vice Arlindo Caminha, e secretário Francisco de Carvalho Freitas, todos membros da União Farmacêutica de Porto Alegre”. DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [\[http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br\]](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br). Escola Livre de Farmácia e Química Industrial.

⁴⁶⁵ Francisco Carvalho de Freitas Francisco Carvalho de Freitas: foi por muito tempo farmacêutico da botica da SCMPA, mas por não ser um farmacêutico diplomado, por exigência da inspetoria de saúde pública, foi exonerado: “Serviu como encarregado da Botica o Sr. Ernesto Alves da Silva [...] até o dia 9 de março de 1882, em cuja data foi dispensado em virtude da exigência feita pelo Sr. Dr. Inspetor interino da Saúde Pública, em officio dirigido ao meu antecessor, para que fizesse substituir o referido empregado por um farmacêutico de carta”. Foi admitido o farmacêutico Jovino Odillon Castello Branco. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1882. p. 7.

7ª série: clínica oftalmológica (**Victor de Britto**); clínica pediátrica (**Olympio Olynto de Oliveira**); clínica psiquiátrica (Francisco de Paula Dias de Castro). Pelo decreto nº 3.758 de 01/09/1900, a Faculdade foi equiparada aos estabelecimentos oficiais congêneres - a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia -, sendo nomeado como seu primeiro Delegado Fiscal, Balduino Athanzio Rodrigues do Nascimento, que ocupou o cargo até 15 de março de 1905. Foi substituído em seguida por Francisco de Paula Dias de Castro (1905-1907) e Cândido Ferreira dos Reis (1907-1911)⁴⁶⁶.

Em negrito, foram destacados os professores que também foram médicos na SCMPA. Nota-se, assim, que a maior parte do primeiro quadro de professores da recém-fundada Faculdade foi composta por médicos que prestavam seus serviços ao hospital daquela Instituição. Em período posterior, Ramiro Fortes de Barcellos também iria se juntar ao quadro de lentes da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, mais precisamente, em 1901. Carlos Wallau, por sua vez, apareceria como professor em 1906⁴⁶⁷. Tais informações se demonstram como exemplos da grande coesão daquele grupo, formado *praticamente* no interior da SCMPA. Enfatiza-se, desse modo, que os médicos (destacados na citação acima) envolvidos na criação da Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre somente passaram a fazer parte do quadro de facultativos do hospital da Santa Casa após 1890, em virtude da ascensão de médicos aos altos postos da administração da Pia Instituição.

E por outro lado, mais uma vez destacando o protagonismo da medicina da mulher na constituição da medicina científica de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul, observa-se que foi criado, logo no início da nova Faculdade, um curso específico de obstetrícia. Curso certamente impulsionado, conforme visto, por Protasio Alves (em 1906, Protasio Alves era lente da cadeira clínica de obstetrícia e ginecologia⁴⁶⁸), Deoclécio Sertorio Pereira da Silva, Carlos Frederico Nabuco e Sebastião Affonso de Leão. Verifica-se assim, a partir da década de 1890, que o hospital da Santa Casa mostrava-se como lócus específico da prática da medicina em Porto Alegre e, mais que isso, observou-se preocupação mais voltada à medicina

⁴⁶⁶ DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. *Escola Livre de Farmácia e Química Industrial*. Grifos do autor.

⁴⁶⁷ Nas teses de José Hecker e de Julio Hecker, Carlos Wallau aparece como lente de clínicas cirúrgicas. HECKER, José. *Crítica e saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS. HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

⁴⁶⁸ Id.

da mulher e ao atendimento das mulheres (e ainda mais se for considerado como se dava o atendimento ao público feminino, naquele hospital, até o final da década de 1880)⁴⁶⁹.

No entanto, apesar das modificações realizadas na Santa Casa a partir daquele momento, nota-se que essas ocorreram, conforme visto, em um cenário de extrema carência material. E tal situação seria recorrente nos anos seguintes, o que gerou atritos entre os professores, alunos e médicos da Faculdade de Medicina, com a provedoria da Pia Instituição. Nesse ínterim, é importante destacar a tese de um dos primeiros diplomados pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, José Hecker, intitulada “*Crítica e saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*”⁴⁷⁰. Nesta tese, conforme também observado por Beatriz Weber⁴⁷¹, denunciava-se o estado precário em que se encontrava a Santa Casa para a prática da medicina e realização das pesquisas desenvolvidas pelos alunos e professores da Faculdade. Ironicamente, muitos deles também médicos daquele hospital. E esta situação de precariedade somente se modificaria quando da ocorrência da *segunda virada médica*⁴⁷² na administração da SCMPA, sob a figura, novamente, de Victor de Britto.

Finalizando esta parte da dissertação, resta realizar algumas considerações em relação ao todo que foi tratado nos dois capítulos. Primeiramente que, de um modo geral e de acordo com o examinado, a medicina da mulher no Brasil do final do século XIX pode ser definida como um conhecimento científico permeado por aspectos sociais, culturais e morais daquela sociedade, que eram estendidos às patologias e às mulheres estudadas. E mais que isso, que se produzia a partir da prática, mormente realizada em hospitais de caridade, tendo como enfoque, conseqüentemente, as mulheres pobres da população.

Desse modo, por meio da identificação das medidas empregadas na SCMPA em torno da medicina da mulher, que se encontravam de acordo com os preceitos hegemônicos da medicina científica brasileira daquele período, infere-se que para além da concordância sobre os métodos utilizados, o pensamento daqueles médicos sobre as mulheres tratadas *deveria* ser semelhante ao observado nos artigos científicos analisados. Isto considerando que aqueles médicos, pela formação quase comum em termos de conhecimento e ideias, não poderiam

⁴⁶⁹ Neste ínterim, em um segundo plano de análise sobre o que aqui foi examinado, cabe realizar uma breve consideração: alguns estudos (o mais expressivo, de Paulo Moreira, utilizado como referência nesta dissertação) já enfocaram a união de um grupo específico de médicos na cidade de Porto Alegre, que teria exercido papel fundamental para a criação da Escola de Farmácia e da Faculdade de Medicina (ou seja, para a implantação da medicina acadêmico-científica na cidade e no Estado), porém, nenhum deles ressaltou a importância da SCMPA como locus específico desta união e, muito menos, a medicina da mulher como especialidade médica protagonista. Ver: MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Op. cit.*

⁴⁷⁰ HECKER, José. *Op. cit.*

⁴⁷¹ WEBER, Beatriz Teixeira. *Op. cit.*

⁴⁷² Expressão utilizada pelo autor desta dissertação.

fugir daquele universo contextual do qual faziam parte. No entanto, ressalta-se, em nenhum momento se observou, na documentação deixada pelos médicos da Santa Casa, qualquer menção direta sobre preconceitos de gênero, classe ou étnico-raciais, em relação às medidas adotadas em torno da medicina da mulher, naquele hospital. Aliás, de outra maneira, a partir do exame realizado sobre a documentação da Santa Casa, poderia se sugerir até mesmo ideia diversa: que tais discursos estiveram à margem dos principais objetivos e das principais ações daqueles médicos, em torno da implantação daquela medicina naquele local.

Em outro sentido (mas ainda tratando das possíveis intenções médicas em relação ao desenvolvimento da medicina da mulher), a partir do que foi analisado, verificou-se que aquela ciência, tendo o corpo feminino como enfoque por meio da obstetrícia e da ginecologia, estava intrinsecamente ligada com a reprodução humana. Desse modo, como provável consequência, de acordo com o observado nas publicações médicas (revistas médicas ou teses médicas acadêmicas) e em outras fontes documentais do período⁴⁷³, nota-se, de forma interligada à medicina da mulher, preocupação não somente com a saúde e mortalidade feminina, mas também, dos recém-nascidos, das crianças na primeira infância, e ainda antes, do feto durante a gravidez.

A título de exemplo, Justo Hanse Ferreira⁴⁷⁴ defenderá a necessidade da melhoria das maternidades (que eram destinadas, naquele período, mais diretamente às mulheres pobres da população), a fim de reduzir a mortalidade das mulheres⁴⁷⁵. Por meio dos argumentos trazidos pelo autor, verifica-se que as maternidades, seguindo os preceitos da obstetrícia, estavam voltadas para o combate da mortalidade das mulheres pobres parturientes residentes nos grandes núcleos urbanos e dos recém-nascidos, que morriam em altíssimo número. De outra forma, a preocupação com a mortalidade infantil (principalmente dos recém-nascidos) se demonstra em diversos artigos analisados na *Gazeta Médica da Bahia* e no *Brazil-Médico*: seja por meio das muitas narrativas dos muitos casos obstétricos em que os fetos eram

⁴⁷³ Tal como: RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HIGIENE PUBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. SIE 3001 (1893–1894). Op. cit.

⁴⁷⁴ FERREIRA. Justo Janse. *Do parto e suas consequencias na especie negra*. Tese (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

⁴⁷⁵ Conforme Ferreira: “Em vista desse resultado tão desastroso para as mulheres, que por falta de recursos eram obrigadas a procurar a maternidade, a administração proibiu que o pessoal das salas de enfermarias penetrasse nas de parto. Os preceitos de Tarnier não foram totalmente observados pelo que ele denominou essa providência de meia medida, contudo essa reforma produziu verdadeiros benefícios, a mortalidade regulou do ano de 1865 a 1869 – 4,93 por 100, no mínimo e 7,91 no máximo”. FERREIRA. Justo Janse. Op. cit. p. 69.

retirados mortos das parturientes ou pela publicação e descrição de inúmeros índices de mortalidade do período, em que eram ressaltados os óbitos dos menores de um ano de idade.

Importante ressaltar que este aspecto centrado na mortalidade infantil e de mulheres foi observado por Ana Paula Vosne Martins, em estudo já referido⁴⁷⁶, ao tratar da constituição da medicina da mulher. Entretanto, a autora não atribuiu grande importância a esse fator, visto que não aprofundou o exame sobre a mortalidade, trazendo-a como um de tantos outros aspectos que parecem se mostrar como coadjuvantes, na construção daquela especialidade médica⁴⁷⁷. Quando trata da mortalidade, a análise é realizada de forma superficial, com inferências que muitas vezes não se comprovam pela investigação realizada⁴⁷⁸. Porém, Martins destaca ponto importante para o exame aqui realizado: o de que havia muitos médicos de renome no Brasil (como representantes da medicina científica) que se demonstraram, diante do alto índice da mortalidade infantil, como natalistas deliberados, ao defender o crescimento populacional brasileiro. Naquele contexto, Martins informa que o alvo da campanha dos natalistas não era os médicos, mas sim, as mulheres⁴⁷⁹.

No entanto, pode-se pensar nessa campanha sob duas formas: de um modo, voltava os esforços para incentivar as mulheres a assumirem o papel social de mãe, direcionando-as para a boa criação dos filhos (visando educação e saúde); outra, preocupada com os problemas de saúde que poderiam ocorrer no processo de geração da vida, antes (problemas uterinos, por

⁴⁷⁶ MARTINS, Ana Paula Vosne. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2000. (Doutorado em História). UNICAMP [2000]. p. 81, 191, 192, 214, 232.

⁴⁷⁷ Apesar de a autora indicar, na introdução, que na segunda parte do trabalho também seria explorado os motivos que teriam impulsionado esta preocupação por parte da medicina científica brasileira de fins do XIX, são somente destacados alguns fatores, sem analisá-los de forma mais detida. No entanto, a autora deixa claro o viés de análise privilegiado sobre o tema, ao indicar que o combate à mortalidade infantil e ao descaso das mães com a criação dos filhos (por meio da medicina da mulher), fazia parte de um grande projeto de orientação higienista, em que: “sendo a população uma das principais fontes de riqueza da nação, a família foi investida de uma nova função política: produzir bons e saudáveis cidadãos”. Ibid. p. 204. Conforme identificado, este seria, para a autora, o grande fator que impulsionava a medicina da mulher naquele período.

⁴⁷⁸ Além disso, o exame da questão é trazido em um intenso vai e vem entre Europa e Brasil, o que dificulta a compreensão do problema no contexto específico brasileiro. Como exemplo da superficialidade na análise da mortalidade, a autora indica que: “As mortes relacionadas aos partos aumentaram significativamente nos países onde as mulheres passaram a ser atendidas nos hospitais e maternidades, devido à infecção puerperal, apesar dos esforços médicos empreendidos após a década de 1870 para debelar este verdadeiro flagelo. As pesquisas mostram que a queda da mortalidade materna só começou a ocorrer após a Primeira Guerra Mundial”. Mais adiante, Martins indica que não se verificou, nos partos domiciliares: “epidemia de infecção puerperal que ocorreu nos hospitais europeus”. O problema destas asseverações se deve ao fato de que a autora faz uma relação muito simples, por meio de estatísticas, que indica a fórmula *intervenção médica hospitalar = risco de infecção*. Por outro lado, a autora confia nos números apresentados sem relativizá-los, visto que dificilmente seria possível conseguir dados estatísticos de casos de infecção puerperal em domicílios privados. MARTINS, Ana Paula Vosne. Op. cit. P. 191 e 192.

⁴⁷⁹ Com estas considerações, a autora demonstra o viés de análise privilegiado sobre o tema, ao indicar que o combate à mortalidade infantil e ao descaso das mães com a criação dos filhos, fazia parte de um grande projeto de orientação higienista, em que: “sendo a população uma das principais fontes de riqueza da nação, a família foi investida de uma nova função política: produzir bons e saudáveis cidadãos”. Ibid. p. 204.

exemplo) ou durante a gravidez, no parto ou no puerpério. Porém, neste mesmo sentido, alerta-se que o cuidado com o feto em formação ou com o recém-nascido era visto como tão importante quanto o cuidado com a mãe. Diante desses fatores, considerando também a concepção médico-científica idealizada (moral e social) sobre o papel da mulher, não deve parecer estranho que a constituição e o desenvolvimento da *medicina da mulher*, tanto no plano teórico como no prático, tenha se dado em relação à gravidez, ao parto, puerpério e à saúde dos recém-nascidos.

Nesse sentido, finalizando esta parte da dissertação e pré-introduzindo a seguinte, infere-se que a preocupação dos médicos com a medicina específica da mulher envolveria muito mais do que um projeto higienista de dominação e disciplinarização feminina através da idealização do papel social de mãe ou, ainda, a busca por legitimação profissional dos médicos vinculados àquela especialidade, no campo científico. Supõe-se, assim, que a medicina da mulher se estabeleceria, sobretudo, como uma forma para atingir o principal objetivo da medicina: preservar e prolongar a vida humana, no caso específico daquela especialidade, da mãe e da criança, de acordo com a realidade, os interesses e ideias inerentes ao contexto de sua produção. E desse contexto, não se excluem os pontos mais vulneráveis da saúde da população, os aspectos econômicos, políticos, profissionais e morais, entre os fatores que influenciavam o desenvolvimento da medicina da mulher no Brasil, no final do século XIX. Cenário do qual se incluía, em maior ou menor grau, a cidade de Porto Alegre, a Santa Casa de Misericórdia e as suas enfermas, o que será mais bem examinado na próxima parte desta pesquisa.

PARTE 3 MORTALIDADE, MORBIDADE, CONDIÇÕES DE VIDA

A utilidade incontestável que podem prestar à medicina estes dados nos induz a arquivar nas páginas da Gazeta tudo quanto encontrarmos de mais importante relativamente à climatologia das diferentes províncias do Brasil. O assunto é mais importante do que parece à primeira vista, e é quase incompreensível que a capital, que possui uma diretoria geral de obras públicas, não tenha a consignar observações meteorológicas. Fizeram-se tais observações em pequenas localidades do interior, mas sobre o clima de Porto Alegre nada existe⁴⁸⁰.

As moléstias predominantes nas duas enfermarias a que me refiro foram: tuberculose, disenteria, lesão cardíaca, reumatismo, febre tifóide, etc., devendo consignar que a causa de maior número de óbitos provém de, em geral, procurarem as mulheres o hospital quando já moribundas ou com a saúde profundamente abalada⁴⁸¹.

⁴⁸⁰ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, dez. de 1882. Seção de climatologia: “O clima da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul”. Trata-se esta citação de publicação, na Gazeta Médica da Bahia, de texto extraído em seu total conteúdo da Gazeta de Porto Alegre, do mesmo ano.

⁴⁸¹ Provedor Tenente-Coronel Antônio Soares de Barcellos, em janeiro de 1897. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1896. Op. cit., p. 15.

6 A MORTALIDADE E A MEDICINA DA MULHER

Os apontamentos realizados ao final da parte anterior desta dissertação compõem-se como elementos importantes e essenciais para a análise das condições de saúde (morbidade e mortalidade) das mulheres pobres de Porto Alegre, principalmente, das que foram internadas na SCMPA, em relação às modificações que ocorriam naquele hospital, em torno do desenvolvimento da medicina da mulher - o que se constitui como o principal objetivo desta parte da dissertação. Por isso, ao direcionar o olhar para as condições de saúde das mulheres através do exame da morbidade e mortalidade, é necessário ir além dos seus traços mais gerais. É preciso se voltar, mais especificamente, para os dados que remetam àquela especialidade médica e às principais características que a compõe. Isto é, para além de explorar a mortalidade e morbidade feminina, também é preciso deter-se sobre as informações referentes aos nascidos mortos, recém-nascidos e crianças na primeira infância.

Dessa forma, como primeiro passo para a análise que será realizada, ciente de que o exame do específico está relacionado ao todo que o compõe, o enfoque se direcionará para os aspectos mais gerais em torno da mortalidade na cidade de Porto Alegre. Ou seja, antes da análise mais detida sobre as condições de saúde das mulheres da Santa Casa, tratará da mortalidade relacionada à medicina da mulher sob forma contextual, observando a população total, bem como, as condições de saúde da cidade.

6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORTALIDADE EM PORTO ALEGRE

6.1.1 As condições de saúde

Em um contexto mais amplo, destaca-se que a teoria microbiana ganhava, na medida em que o século XIX chegava ao fim, cada vez mais espaço dentro da medicina científica do Brasil (assim como em boa parte do mundo). Já se reconhecia de modo afirmativo a tuberculose como uma doença parasitária e contagiosa, causada por um bacilo. Ao mesmo tempo, colocavam-se em prática novos métodos de tratamento e novas medicações, tal como a

tuberculina (Método de Koch), desenvolvida por Robert Koch em 1890⁴⁸². Entretanto, a principal forma terapêutica indicada por muitos médicos ligados à medicina científica permanecia a mesma das décadas anteriores, baseada na crença nos miasmas⁴⁸³: o refúgio em locais salubres, sendo esses identificados, mormente, por meio de medições meteorológicas. Tal indicação pode ser observada em vários artigos sobre a tuberculose nos últimos anos da década de 1880 e na década de 1890⁴⁸⁴. Tal doença era a principal responsável pela maior parte da mortalidade por doenças contagiosas em várias cidades do mundo.

No sentido que aponta para a importância da climatologia na ciência médica brasileira, não se pode deixar de lembrar a influência da medicina tropicalista. Esta forma de medicina, criada pela Escola Tropicalista Baiana⁴⁸⁵, ficou conhecida por estudar doenças associadas ao clima tropical, procurando entender o surgimento e o tratamento das doenças a partir da influência do clima. Neste cenário, é importante ressaltar que a cidade de Porto Alegre, tal como demonstrado na primeira epígrafe desta parte da dissertação, diferentemente das grandes cidades do Brasil, ainda não contava com um serviço de observações meteorológicas, conforme observado, uma das principais ferramentas da medicina do período no combate às doenças⁴⁸⁶. Desse modo, na perspectiva de explorar as condições de saúde e de mortalidade da cidade, revela-se como hipótese que Porto Alegre encontrava-se, no início da década de 1880, em um relativo atraso tecnológico e de ação em relação às medidas sanitárias que necessitariam ser implantadas naquela cidade, de acordo com os preceitos médicos sanitários hegemônicos do período. Nesse sentido, lembrando em tempo, conforme trazido anteriormente por meio do diagnóstico realizado por Protasio Alves, da precariedade física e de atuação da Inspetoria de Higiene da Província naquela década.

⁴⁸² GAZETA MÉDICA DA BAHIA, nov. e dez de 1890. p. 29.

⁴⁸³ Teoria miasmática ou espontânea (no sentido de que as doenças apareceriam de forma espontânea, sem a existência de um agente específico causador). O surgimento ou desaparecimento das doenças miasmáticas, para a medicina, estava intrinsecamente ligado às condições do ambiente: frio, calor, vento, umidade etc. Ver a definição de “miasmas” em: CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris : A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

⁴⁸⁴ Como exemplo, em um artigo específico sobre o “Congresso para a tuberculose”, de abril de 1889, foi destacada essa forma de tratamento. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1889.

⁴⁸⁵ Conforme trazido pelo Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil: “Embora tenha recebido esta denominação, a Escola Tropicalista Baiana, não se constituiu como uma instituição de ensino formal, mas como um grupo de médicos estabelecidos na Bahia que se dedicaram à prática de uma medicina voltada para a pesquisa da etiologia das doenças tropicais que acometiam as populações pobres do país, principalmente os negros escravos. Este grupo teria se formado por volta de 1860, e o nome de Escola Tropicalista Baiana lhe foi atribuído posteriormente”. ESCOLA TROPICALISTA BAIANA. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)* Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>].

⁴⁸⁶ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, dez. de 1882. Seção de climatologia: “O clima da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul”.

Atraso esse que, em última instância, denota uma condição de quase ausência da medicina científica (da implantação de suas ideias na prática) na cidade e, possivelmente, condições de saúde mais precárias em Porto Alegre em relação a outras cidades importantes do Brasil, naquele determinado momento. Porém, não se quer fazer dessa hipótese uma inferência imutável sobre a ação da medicina científica em Porto Alegre dentro das décadas analisadas, considerando as já observadas modificações ocorridas dentro da Santa Casa de Misericórdia que resultaram, em um último plano, na criação da primeira faculdade de medicina do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, parece mais que a medicina científica (sua existência e ação) de Porto Alegre saiu de uma posição de quase ausência no início da década de oitenta, para cada vez mais ganhar espaços até o final do século XIX, o que se acentuaria no início do século XX. Nesse contexto, a SCMPA se mostrou como lócus nodal para tal crescimento, por meio da agregação de profissionais da medicina e, principalmente, por se constituir como o espaço de prática da medicina científica naquela cidade.

Visto isso, tratar-se-á das condições de saúde ou sanitárias da cidade de Porto Alegre por meio de uma fonte que remete ao olhar da medicina acadêmico-científica que se desenvolvia na cidade, no final do século XIX e início do século XX: a tese de Júlio Hecker, intitulada “*Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*”, defendida em 1906, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre⁴⁸⁷. O estudo de Hecker se divide em três capítulos: o primeiro tratando das “Condições geográficas e geológicas” da cidade de Porto Alegre, demonstrando o quanto as influências geográficas e climáticas ainda eram importantes para a medicina científica já no século XX; o segundo se remete às “Condições de abastecimento d’água e remoção de imundícies”, destacando a importância do tratamento da água para a saúde; e o terceiro, discutindo sobre as “Condições de alimentação pela carne verde e pelo leite”, tratando, principalmente, sobre as condições da carne e do leite que eram disponibilizados para a população da cidade.

No referido estudo, é muito aparente a importância atribuída à geografia, geologia e ao clima, demonstrada pelo detalhamento com que o autor examinou aquelas condições, sobre a cidade de Porto Alegre. Desse modo, Hecker abordará as características do solo, da temperatura, do sistema hidrográfico, das condições dos ventos, umidade etc. Como síntese do exame, o autor concluiu que: o local onde está situada a cidade de Porto Alegre é considerado como de “clima quente”, como todas as outras regiões que oscilam na média

⁴⁸⁷ HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

entre 15 e 25°, com períodos de muito calor no verão, incidência comum de invernos rigorosos e chuvosos, e presença marcante de duas estações intermediárias⁴⁸⁸. A partir dos dados trazidos por Hecker, nota-se que a instalação do observatório de medições climáticas ocorreu cerca de dez anos após (1892) a publicação trazida pela *Gazeta Médica da Bahia*, sobre a falta de dados àquele respeito (ver epígrafe). Conforme visto, essa importante implantação em Porto Alegre, que se pode chamar para os padrões da época como tecnológica, era apenas um de tantos outros processos que estavam sendo colocados em prática pela emergente medicina científica que se criava naquela cidade.

Após a demonstração do clima porto-alegrense, Hecker concluiu que as condições constitutivas naturais de Porto Alegre em nada pesavam para a morbidade e mortalidade da cidade. Adiante, o autor focará a análise em outros pontos. A qualidade da água seria um deles: até 1904 eram duas as empresas que realizavam o serviço de captação de água. A primeira, a companhia *Hidráulica Porto-Alegrense* (de 1862), captando águas do Arroio Dilúvio, em um ponto afastado a 15 km de distância da cidade. Em 1877, com o aumento populacional, foi inaugurada a *Hidráulica Guaibense*, que retirava a água diretamente no Lago Guaíba. Essas duas companhias forneciam a água aos domicílios, porém, somente para a zona central da cidade⁴⁸⁹. Hecker indica que somente no ano de 1892, devido ao alto crescimento populacional, é que houve a preocupação por parte do governo em realizar análise das águas que abasteciam aquela população⁴⁹⁰. Nota-se, assim, as águas como um condutor potencial de bactérias causadoras de diversas enfermidades, seja para os que às recebiam por encanamento em suas casas ou, ainda mais, para os que às adquiriam de outras formas.

Além da água, Hecker também se ocupa da questão da “remoção das imundícies”. Os materiais fecais e outros “líquidos impuros” eram ainda recolhidos na forma “primitiva”, isto é, por meio de “cubos” que eram removidos por carros especiais que levavam os resíduos para serem lançados no Guaíba, prejudicando a qualidade das águas. Os “cubos” chegavam a permanecer nos lares por cerca de oito dias até serem recolhidos, o que, para Hecker, constituía-se como uma verdadeira lástima de acordo com os preceitos de higiene. Porém, o autor ainda destaca que apenas uma ínfima parte dos moradores da cidade eram “assinantes” daquele serviço, indicando assim que mais de 95% da população encontrava seus próprios

⁴⁸⁸ Ibid. p. 49-53.

⁴⁸⁹ Ibid. p. 56-57.

⁴⁹⁰ O que serviu somente para demonstrar que a água era potável, não trazendo os resultados bacteriológicos. Ibid. p. 62.

meios para dar fim aos resíduos (fossas fixas)⁴⁹¹. Sintetizando os apontamentos realizados, Hecker aponta: “serem estes fatos origem de muita insalubridade; pois várias são as moléstias, cujos germens específicos existem em abundância nas dejeções”⁴⁹². No decorrer do capítulo o autor se detém em sugerir formas para eliminar tais problemas, como a adoção de um sistema de esgotos que, por sua vez, reteria parte do material que poderia prejudicar as águas do Guaíba. No terceiro e último capítulo, detendo-se em observar a qualidade da carne e do leite, Hecker destaca que quando tais produtos chegavam ao mercado, já se encaminhavam para o estado de putrefação⁴⁹³.

Conforme pode ser observado, independentemente da posição de Hecker se enquadrar em uma visão médica um tanto intervencionista na cidade, as condições de higiene e de saúde de Porto Alegre estavam longe de ser as melhores para a população. E acrescenta-se a isso, o intenso crescimento populacional da cidade nas últimas décadas do século. Se tais condições já não eram as melhores para a parte mais abastada economicamente da população, que assinava o serviço de remoção dos cubos e recebia água encanada em casa de forma tratada (de modo precário, conforme Hecker), pode se ter uma boa noção de como a situação se demonstrava para a parte mais pobre.

Saindo da tese de Hecker, em relação aos serviços de saúde disponíveis para os habitantes de Porto Alegre (também a partir de dados mais gerais), no relatório da Inspeção de Higiene da Província, referente a 1886 é apresentada a “Relação dos médicos, farmacêuticos e dentistas que se acham legalmente habilitados para exercerem suas respectivas profissões nesta província”⁴⁹⁴. Trata-se de uma lista apresentando os profissionais graduados pelas faculdades de medicina brasileiras (Salvador e Rio de Janeiro). O registro desses profissionais também estava previsto no Decreto N. 9554 de 3 de fevereiro de 1886⁴⁹⁵. Até 1887, em toda a província, havia inscritos: 66 doutores em medicina, 25 farmacêuticos e 10 dentistas. Esses, ou melhor, parte desses, se organizava por meio das instituições já comentadas: *Sociedade Médico-cirúrgica Rio-Grandense* e *Sociedade de Medicina de Porto*

⁴⁹¹ Ibid. p. 67.

⁴⁹² Ibid. p. 68.

⁴⁹³ Como solução, Hecker aponta que a matança deveria ser realizada no decorrer da noite para que, na manhã seguinte, a carne esteja fresca para a venda e consumo. Realizando parte da pesquisa diretamente no matadouro, o autor se deteve, especificamente, em analisar a presença da tuberculose e da febre aftosa nos animais. Não foi identificada a incidência das referidas doenças. Ibid. p. 84.

⁴⁹⁴ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

⁴⁹⁵ Decreto que reorganizava o serviço sanitário do Império. Nota-se, ainda, que a legalização da liberdade profissional no Rio Grande do Sul somente ocorreria na década de 1890.

Alegre. Muitos desses médicos, possivelmente, atuavam na cidade de Porto Alegre ou região próxima, como médicos particulares com seus próprios consultórios e/ou nos hospitais existentes⁴⁹⁶. Alguns deles, conforme observado em anúncios de jornais, prestariam consultas aos pobres⁴⁹⁷.

Entre 1880 e 1900, Porto Alegre contou com a existência de, pelo menos, três hospitais⁴⁹⁸. O mais antigo é o hospital da Santa Casa de Misericórdia, o segundo, o hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, fundado em 1870⁴⁹⁹. Este, não recebeu mulheres em suas enfermarias até 1911⁵⁰⁰. Em 1888 foi criado o pequeno Hospital Nossa Senhora das Dores, aberto pelas Irmãs Franciscanas e fechado em 1893, com a ida das Irmãs e dos enfermos lá internados, para a SCMPA⁵⁰¹. Naqueles anos, para além do hospital da Pia

⁴⁹⁶ Pelo que se verificou nos nomes que constam na lista. De outra maneira, no relatório da Inspeção de Higiene da Província de 1886, Israel Rodrigues Barcellos Filho relata a dificuldade de se encontrar médicos nas cidades do interior da província, que pudessem exercer o cargo de delegados. Ao mesmo tempo, Barcellos Filho indica que em tais localidades seria muito forte a presença e atuação de “charlatães”, até mesmo, nos arredores de Porto Alegre. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA Op. cit. Nos relatórios da provedoria da SCMPA e do Hospital da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre constam os nomes dos médicos que lá atuavam. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910). RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 E 1900. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

⁴⁹⁷ Como exemplo, ver: A GAZETINHA, de 04 de Janeiro de 1899. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Porto Alegre.

⁴⁹⁸ Há indicações da existência de um pequeno hospital mantido pela Sociedade de Beneficência Espanhola, na década de 1880, na cidade de Porto Alegre. Não foram encontrados documentos produzidos pela instituição nem bibliografia que a tratasse sob forma mais detida. SPALDING, Walter. *Pequena História de Porto Alegre*. Porto Alegre: Livraria Sulina, 1967.

⁴⁹⁹ O Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre era voltado para o atendimento de seus sócios e particulares. Se por um lado, conforme será observado, a Santa Casa de Misericórdia estava mais voltada para a realização da caridade aos mais pobres, o mesmo não se pode dizer para o Hospital da Sociedade. Diante do que demonstram as fontes analisadas, este oferecia, no mínimo, melhores condições materiais e de tratamento aos enfermos, e maior número de médicos, principalmente, até o final da década de 1880. Este hospital não recebia internações de mulheres em suas enfermarias no recorte temporal trabalhado por esta pesquisa. Logo, estava longe de se configurar como uma opção médico-hospitalar para as mulheres pobres de Porto Alegre. Informações mais detalhadas sobre o Hospital e Sociedade de Beneficência de Porto Alegre, bem como, sobre as sociedades de socorros mútuos, ver: SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. LOURENÇO JÚNIOR, Adhemar. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas* (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854 – 1940). 2004. 574 f. (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. [2004].

⁵⁰⁰ No entanto, a Sociedade disponibilizava médicos para atendimentos a domicílio às mulheres dos sócios que pagassem por esse serviço.

⁵⁰¹ O Hospital Nossa Senhora das Dores foi criado e administrado pelas Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã. Conforme relato das Irmãs (remetendo a notícias publicadas nos jornais da cidade), no decorrer dos cinco anos de existência do hospital, este teria se tornado referência na prestação de um bom atendimento de enfermaria, porém, nada comprova que lá se realizasse uma boa medicina, de acordo com os preceitos médico-científicos do período. De qualquer modo, conforme ainda será visto nesta pesquisa, a abertura e o funcionamento deste hospital não fez diminuir os atendimentos da SCMPA no mesmo período. Entretanto, cabe salientar que as Irmãs nomearam um médico-diretor para o hospital, que atuava de forma gratuita. No que se refere aos números de internações do hospital, estas ficavam em torno de 300, ao menos, nos últimos anos de funcionamento do hospital. Infelizmente, não é referida a relação das internações por sexo e não foram

Instituição, ele se mostrava como a única opção de tratamento hospitalar às mulheres da cidade.

6.1.2 A mortalidade geral populacional

O trabalho com dados voltados para a análise da mortalidade da população fez necessária a aproximação com os estudos demográficos⁵⁰², no sentido de entender a metodologia utilizada para a confecção dos mesmos, bem como, sobre as formas de apresentação das informações trabalhadas. Diante disso, logo foi percebido que muito pouco adiantaria obter a relação de óbitos de determinados recortes temporais, no sentido de tentar perceber como se dava a mortalidade de determinado segmento populacional de uma cidade, se esta não fosse relacionada aos dados gerais demográficos do local em que está inserida.

Assim, para se ter uma noção mais próxima do que representa a mortalidade de determinado contingente populacional, até mesmo para a comparação sobre diferentes locais ou de pessoas de distintas condições sociais (bem como da relação entre sexo e doenças), é necessário o estabelecimento de certos parâmetros. Um deles, básico para este tipo de estudo, é o de que a mortalidade populacional seja calculada sob certa padronização, sendo mais comum para o século XIX e para as grandes cidades (conforme visto na bibliografia existente e nos arrolamentos realizados naquele período⁵⁰³) que seja apresentada em forma de uma média, calculada por 1.000 habitantes. Geralmente, o cálculo é realizado em recortes de tempo anuais ou mensais. A necessidade do estabelecimento desse índice se dá pela possibilidade de comparação dos dados (que não precisam ser necessariamente de mortalidade, servindo também para medir os nascimentos, incidência de doenças etc.) entre diferentes locais com diferente número de habitante. Este índice, por sua vez, somente é

encontrados documentos com os registros das internações. CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. p. 11.

⁵⁰² CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. RIOS-NETO, Eduardo Luiz Gonçalves; RIANI, Juliana de Lucena Ruas (Orgs.). *Introdução à Demografia da Educação*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. NADALIN, Sérgio Odilon. *A demografia numa perspectiva histórica*. Belo Horizonte, 1994. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. HAKKERT, Ralph. *Fontes de dados demográficos*. Belo Horizonte, 1996. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

⁵⁰³ Conforme o *Relatório dos Trabalhos da Inspectoria Geral de Higiene Pública de 1887*. Biblioteca da Fiocruz. Nestes documentos constam os dados de mortalidade de quase todas as províncias existentes no Brasil, no ano de 1887.

possível ser obtido a partir de um coeficiente que é calculado com base no número total da população e no número total de mortes (quando se quer medir a mortalidade) de determinado local. Desse modo, de acordo com as definições dos estudos demográficos, o que se calculará aqui será a “taxa bruta de mortalidade”⁵⁰⁴.

Já tratado, na primeira parte desta dissertação, das fontes censitárias que serviram de parâmetro para montar o quadro populacional de Porto Alegre nas últimas décadas do século XIX e, com a finalidade de calcular e analisar os índices anuais da mortalidade, são agora apresentados os números dos habitantes da cidade de Porto Alegre de forma detalhada (dados que serão considerados para o cálculo dos índices de mortalidade para os anos em que não foram encontrados os respectivos registros nas fontes consultadas):

Tabela 6: População de Porto Alegre de acordo com os sexos (1872, 1890 e 1900)

Ano	F	%	M	%	Total
1872 ⁵⁰⁵	21725	48,66	22923	51,34	44648
1890 ⁵⁰⁶	26012	49,62	26409	50,38	52431
1900 ⁵⁰⁷	36955	50,16	36719	49,84	73674

Fontes: Matrículas especiais de escravos de 1872/73, vide ARAÚJO, Thiago Leitão de. Novos Dados sobre a Escravidão na Província de São Pedro. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011. Censos de 1872, 1890 e 1900: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul* – Censos do RS 1803-1950. Porto Alegre, 1981; CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em <http://ich.ufpel.edu.br/economia>. Acesso em jul. de 2010.

Nota-se primeiramente, a partir dos dados apresentados⁵⁰⁸, um acentuado crescimento populacional no último quarto do século XIX. Estes dados, assim apresentados, também se tornam importantes por possibilitarem o cálculo do crescimento populacional. Mais que isso,

⁵⁰⁴ Conforme segue: “Taxa bruta de mortalidade: Quociente entre número de óbitos ocorridos durante um ano civil e a população total ao meio do ano civil. Representa a freqüência com que ocorrem os óbitos em uma população”. ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Conceitos e definições. Estatísticas do século XX. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/>. Acesso em abr. de 2010. Para verificar as fórmulas e procedimentos para o cálculo da mortalidade, ver: CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. Há um capítulo específico para o cálculo da mortalidade. P. 14-19.

⁵⁰⁵ População de 1872: calculada a partir do Censo de 1872, com base nos dados organizados pelo Departamento de Economia da UFPEL, e das matrículas especiais dos escravos. Desse modo, para o cálculo da população total observada na tabela 8, em relação à população escrava (que foi somada à população livre), foram considerados os dados obtidos por meio das matrículas especiais dos escravos.

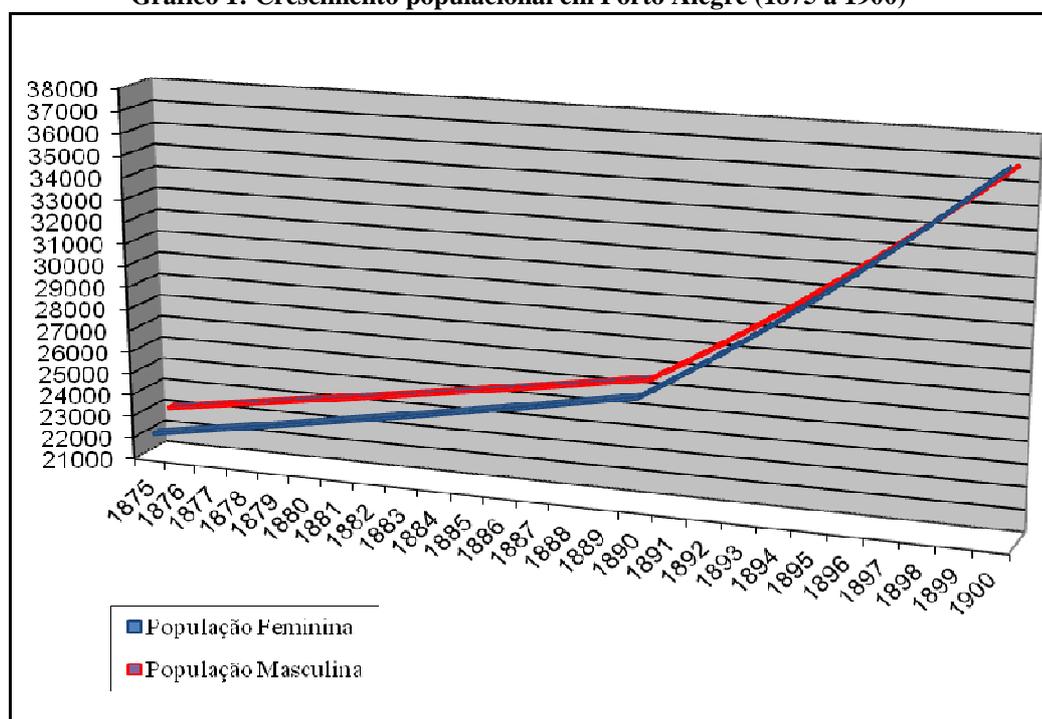
⁵⁰⁶ Censo de 1890, em: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Op.cit.

⁵⁰⁷ Ibid.

⁵⁰⁸ Ciente de que tais dados não retratam fielmente aquela realidade e que aqui são pensados, antes de tudo, como indicadores frágeis da mesma, alerta-se que de agora em diante, por vezes, a escrita utilizada e a análise realizada parecerá tomar as informações numéricas como dados reais e concretos. Isso se faz necessário na acepção de que aqueles números nada mais são do que fontes de um período e reflexos de uma realidade - assim como outras fontes utilizadas na historiografia - e, por serem demonstradas na forma de números (a informação trazida em número parece sempre ser mais concreta), exigem esse tipo de análise e de escrita.

a partir dessas informações foi possível realizar a estimativa do crescimento populacional para ambos os sexos nos demais anos cobertos pelo recorte temporal analisado e que não tinham sido contemplados pelos censos - os chamados períodos intercensitários⁵⁰⁹. Como este estudo visa também observar as diferenças sociais referentes à mortalidade feminina, as informações populacionais divididas por sexo se constituem como uma base primária para o aprofundamento de análise. No gráfico a seguir, é possível observar em um largo espaço de tempo o crescimento da população, por sexo:

Gráfico 1: Crescimento populacional em Porto Alegre (1875 a 1900)⁵¹⁰



Fonte: Censos de 1872, 1890 e 1900, em: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Op. cit.; CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Op. cit.; Matrículas de escravos de 1872/73, vide: ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit.

De acordo com o gráfico, verifica-se que, apesar da pouca disparidade populacional entre os sexos⁵¹¹, ocorre um gradativo crescimento da população feminina em relação à masculina. Já no ano de 1898, a população feminina se tornou maior. No entanto, tais dados

⁵⁰⁹ A percepção da possibilidade de criar essas estimativas que também são fundamentais para a análise da mortalidade, somente se tornou possível por meio da aproximação e do auxílio metodológico dos estudos demográficos, anteriormente relacionados. Sobre os procedimentos de cálculos, ver: CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. Op. cit.

⁵¹⁰ O eixo vertical indica o número de habitantes. Estimativa de crescimento populacional a partir da compilação de dados oriundos das fontes arroladas.

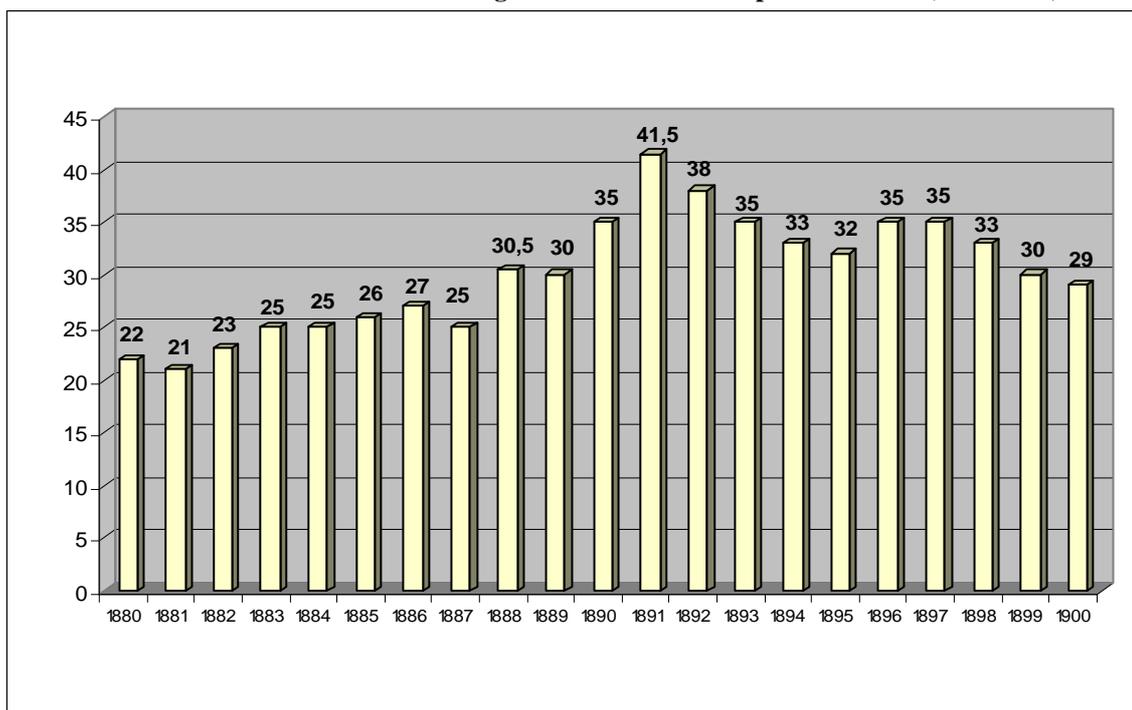
⁵¹¹ A título de curiosidade comparativa, no ano de 1886 a população de São Paulo estava estimada em 60.000 pessoas: 35.000 do sexo masculino e 25.000 do sexo feminino. Fonte: RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

se vislumbram de modo muito mais interessante quando vistos juntamente com os dados de mortalidade, e ainda mais, observando as faixas etárias da população.

Dessa forma, estabelecendo as conexões necessárias entre os dados demográficos organizados para o que interessa nesta pesquisa, foi possível traçar os seguintes panoramas: a estimativa populacional de Porto Alegre para os anos analisados e próximos a eles (entre 1880 e 1900); a mesma estimativa realizada por sexo; os números de óbitos da população entre os anos de 1875 e 1930, bem como, o índice de mortalidade calculado por 1.000 habitantes para os mesmos anos⁵¹². A realização deste índice em um grande intervalo temporal na forma como foi realizada permite a observação e identificação dos períodos de maior ou menor mortalidade. Desse modo, esses períodos podem ser vistos como dentro ou fora de um padrão específico, tornando possível, por meio da análise mais detida sobre os óbitos, a identificação da ocorrência de epidemias, catástrofes, períodos de guerras etc.

Por conseguinte, é importante ressaltar um cuidado metodológico que foi tomado na pesquisa sobre as informações dos livros de óbitos da SCMPA: a análise mais aprofundada da mortalidade foi realizada por amostragens anuais e bianuais, que permitem observar, em um local de intensa variabilidade climática (que se mostra intrinsecamente relacionada com a ocorrência de várias doenças) como Porto Alegre, um período que abarca todas as estações climáticas do ano. Desse modo, a pré-identificação da mortalidade populacional por índices anuais em um grande recorte de tempo, observando as suas diferenças e similaridades, possibilitou uma melhor escolha dos anos que seriam recolhidos como amostragem, para a análise mais aprofundada sobre a mortalidade da população porto-alegrense. Abaixo, seguem os índices de óbitos gerais dentro do recorte temporal desta pesquisa, que serviram de base para a escolha dos anos em que a análise será aprofundada:

⁵¹² Informações específicas sobre as fórmulas e realização dos cálculos para a obtenção destes índices, ver: ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Op. cit. CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. Op. cit.

Gráfico 2: Mortalidade em Porto Alegre – Índices de óbitos por 1.000 hab. (1880-1900)⁵¹³

Fontes: SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896), p. 326. LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit. Censos de 1872, 1890 e 1900: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Op. cit.; CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Op. cit.; Matrículas de escravos de 1872/73, vide: ARAÚJO, Thiago Leitão de. Op. cit.

Analisando os dados de mortalidade de modo conjunto com o crescimento populacional (gráfico 1), observa-se certa relação entre o crescimento acentuado de habitantes com os maiores índices de mortalidade. De certa maneira, considerando as condições até então descritas sobre Porto Alegre, tais dados podem fortalecer a hipótese de que a cidade não estava preparada para absorver tantas pessoas em um período tão curto de tempo. Analisando as informações de forma mais delimitada, verifica-se que o período de crescimento mais acentuado ocorreu na década de 1890. Com base nos números recolhidos nas fontes⁵¹⁴, se observa que o crescimento populacional, entre 1872 e 1889, se deu sobre um coeficiente de 0,0098 (ou 0,98% sobre o total da população), enquanto que entre 1890 e 1899, esse número subiu para 0,0346 (ou 3,46% sobre o total da população).

⁵¹³ Índices calculados a partir das seguintes fontes: números da população viva foram retirados dos censos de 1872, 1890 e 1900; os números de óbitos entre os anos de 1875 até 1895 foram retirados dos livros de óbitos da SCMPA; de 1895 a 1900, os índices da mortalidade foram compilados de relação elaborada pela Diretoria de Higiene de Porto Alegre, constante no Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior.

⁵¹⁴ Censos de 1872, 1890 e 1900: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Op. cit.; CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Op. cit.; SIE 3003 (1895-1896). Op. cit. ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v.2, 1936. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível na forma de planilhas em [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em abr. de 2011 (constam os coeficientes de crescimento, com base nos censos de 1872, 1890 e 1900).

Nesse sentido, se forem realizadas as médias da mortalidade nas mesmas décadas, será visto que: entre 1880 e 1889 a média será de 25,45 (mortes por 1.000 hab.); entre 1890 e 1899, a (alta) média de 34,75; entre 1900 e 1909, 29,2; e somente entre 1910 e 1919 que a média retornaria a um índice próximo ao encontrado no início da medição: 24,3. Na década de 1900 a 1909 o crescimento populacional continuaria a se dar de forma acentuada, com índice próximo a 4%⁵¹⁵ anual sobre o total. Porém, apesar de alto em relação às décadas anteriores, não mais de forma repentina e acentuada como ocorrido nas últimas décadas do século XIX. De qualquer modo, no século XX, as condições de saúde da cidade pareciam estar mais aptas para absorver e manter aquela população.

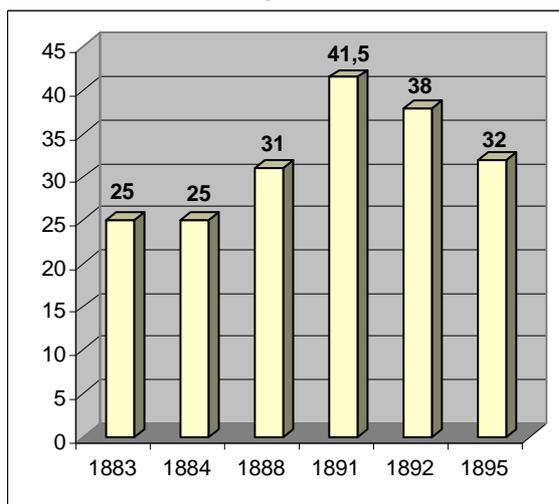
Mais relacionado ao significado das taxas apresentadas para o período em questão nesta pesquisa, é possível dizer, de acordo com o que poderá ser visto a partir dos dados consultados, que uma taxa de mortalidade é elevada quando excede o valor 30; moderada quando se situa entre 15 e 30; e baixa quando fica menor que 15. Porém, ressalta-se que não há uma padronização, fora de contextos específicos, que possa identificar detalhadamente se determinada taxa de mortalidade é baixa, regular ou alta. Conforme identificado na pesquisa aqui realizada, essa mensuração dependerá de vários fatores.

Entre eles, deverá ser realizada observando o comportamento da mortalidade em um longo espaço de tempo no mesmo local, ou seja, atentando para as especificidades do contexto particular do fenômeno examinado. Também é importante estabelecer comparações com outras regiões de características semelhantes (tomando como exemplo o caso aqui explorado, uma zona urbana, relativamente populosa, com semelhantes condições sociais e econômicas entre os seus habitantes etc.). E, mais importante, é necessário que essa mensuração seja realizada tendo em vista as especificidades temporais relacionadas ao fenômeno observado (mortalidade). Desse modo, em resumo, verifica-se a impossibilidade de se tomar parâmetros atuais de exame da mortalidade, para uma análise que se remeta ao século XIX. E, de outra maneira, a mensuração da mortalidade naquele período deve ser realizada de acordo com o contexto específico, considerando também as características inerentes ao próprio local de análise (por isso, também, a necessidade da observação da mortalidade em período delimitado, inserida em um espaço temporal maior de observação).

⁵¹⁵ Coeficiente de 0,0586. Conforme ANUARIO ESTATISTICO DO BRAZIL 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011. In ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Op. cit. (constam os coeficientes de crescimento, com base nos censos de 1872, 1890 e 1900).

Para os anos trabalhados nesta pesquisa, dentro da amostragem realizada – observando que a análise mais detida sobre as causas de morte somente foram realizadas para os anos privilegiados na amostragem, escolhidos a partir da elaboração dos coeficientes de mortalidade -, foi possível visualizar acentuado crescimento da mortalidade nos anos de 1891 e 1892, conforme recorte do gráfico anterior, ilustrado abaixo:

Gráfico 3: Mortalidade de Porto Alegre (1883, 1884, 1888, 1891, 1892, 1895)⁵¹⁶



Dessa maneira, a amostragem foi realizada no sentido de procurar observar a mortalidade sobre recortes de períodos, no espaço de tempo de duas décadas, que podem ser considerados como: *comuns* (ou dentro de um padrão específico) para aquela cidade e período (1883, 1884), relativamente comuns (1888 e 1895), e peculiares, com um altíssimo número de mortes (1891 e 1892). Conforme dito, essa espécie de categorização foi realizada tendo como base a mortalidade da cidade de Porto Alegre vista sob um espaço de tempo longo, e ainda, com base em outras cidades populosas do Brasil, daquele mesmo período.

Infelizmente não são muitas as fontes existentes que trazem informações sobre os coeficientes de óbitos das capitais das Províncias/Estados brasileiros nas últimas décadas do XIX. Com certeza, é muito mais comum localizar documentos (mormente em relatórios das Províncias/Estados, que também não são muitos) que contenham o número de óbitos e até mesmo a relação das causas de morte, porém, sem a taxa da mortalidade. E nesse caso, para o cálculo da taxa, conforme já visto, seria necessário ter o número da população total, informação essa que não consta nos documentos, salvo os que já trazem o dito coeficiente. Desse modo, as revistas médicas ganham em importância por trazerem, sempre que publicado, o boletim da mortalidade com as taxas brutas de óbitos. Daí que também pode se

⁵¹⁶ Recorte do gráfico 3.

inferir que o acompanhamento da mortalidade, também estabelecendo padrões comparativos, era de grande importância para a medicina científica do período. Porém, o grande problema observado, é que os periódicos enfocam, normalmente, a mortalidade da cidade de que são oriundos. A consequência disso é que as comparações a serem realizadas nesse sentido (referente mais sobre as taxas e menos sobre as causas de morte) quase que se resumem às cidades de Salvador e Rio de Janeiro.

Antes de trazer alguns dados comparativos, há de se fazer duas ressalvas em relação à verificação dos coeficientes de mortalidade destas duas cidades brasileiras: a primeira, é a de que, naquele período, eram as duas cidades mais populosas do Brasil. Trazendo alguns números como exemplo, verifica-se que Salvador, em 1893, tinha uma população recenseada de 173.897 habitantes⁵¹⁷. Já a cidade do Rio de Janeiro, para o mesmo ano, conforme dados retirados da revista *O Brazil-Médico*⁵¹⁸, a população estava estimada em 590.200 habitantes. Esse apontamento sobre o grande número de habitantes se torna importante, na observação e comparação da mortalidade, quando se considera a ação das doenças infecto-parasitárias e, principalmente, quando adquirem caráter epidêmico em uma população densa e pouco dispersa. A tendência para essas regiões muito populosas será a de elevar a taxa de mortalidade para aquele tipo de doença.

A segunda ressalva está ligada à apresentação dos dados nessas fontes (periódicos médicos), normalmente apresentadas de forma mensal ou quinzenal. Dessa maneira, há de se considerar, também, as estações do ano e as relações com as doenças. Como exemplo, percebe-se no Rio de Janeiro uma maior incidência de febre amarela nos períodos mais quentes do ano e uma acentuada diminuição no outono e inverno. Por conseguinte, o pico de mortalidade da doença encontrado em determinado mês do verão, não será o mesmo em um mês de inverno, o que alterará drasticamente o coeficiente anual dos óbitos. Por isso, a melhor comparação é sempre realizada a partir de parâmetros temporais semelhantes. Mas como aqui, neste ponto de vista, é pretendido apenas realizar um paralelo balizador para a mortalidade identificada em Porto Alegre, esses detalhes não serão aprofundados para as demais cidades trazidas.

Realizadas estas considerações, seguem alguns apontamentos sobre as taxas de mortalidade em outras cidades: conforme observado nas páginas da *Gazeta Médica da Bahia*,

⁵¹⁷ Conforme trazido na *Gazeta Médica da Bahia*, indicando que o número foi baseado na população recenseada. A mesma revista, em 1882, dava a população daquela cidade estimada em 160.000 habitantes. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1882; jul. 1893.

⁵¹⁸ O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, jan. 1894.

para Salvador, em janeiro de 1882, a taxa de mortalidade ficou em 22,8 óbitos por 1.000 habitantes, em fevereiro a mesma taxa ficou em 18,8, gerando assim, uma taxa anual, por meio daqueles dois meses, de 20,8 óbitos por 1.000 habitantes⁵¹⁹. Tais dados foram comemorados pelos médicos editores da revista: “São raras as cidades de população superior a 100.000 habitantes que apresentam uma estatística tão favorável como a da Bahia, e se nela se cuidasse um pouco da higiene, estamos certos de que a mortalidade seria ainda muito mais reduzida”⁵²⁰. Nota-se assim que tal índice é trazido como um dado lisonjeiro sobre o estado de saúde da capital baiana. Infelizmente, nos apontamentos, não são trazidas as causas da mortalidade.

Passada mais de uma década do apontamento anterior, encontrar-se-á nas páginas da *Gazeta* uma pequena notícia, porém, interessantíssima para a análise ora realizada. Apesar de intitulada apenas como “O obituário da cidade da Bahia em 1892”, o artigo fornece muito mais do que a taxa de mortalidade da cidade, que ficou aferida em 21,3 óbitos por 1.000 habitantes. Esta também traz o número dos habitantes juntamente com as taxas de mortalidade de diversas cidades do mundo, conforme segue:

Tabela 7: Taxa de mortalidade de várias cidades do mundo

Cidade	Nº. Habitantes	Taxa de mortalidade por 1.000 habitantes
Londres	4.305.551	18,2
Paris	2.424.705	22,1
Nova York	1.881.515	26,2
Berlim	1.714.938	24,1
Viena	1.435.931	30
São Petersburgo	954.400	33,4
Moscou	753.469	30
Glasgow	677.883	25,8
Hamburgo	612.933	25,1
Rio de Janeiro	590.200	26,5
Budapeste	539.516	31,7
Liverpool	510.486	27,1
Manchester	515.567	22
Roma	448.495	24
Lion	438.077	24,2

(Continua...)

⁵¹⁹ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1882.

⁵²⁰ Ibid. p. 443.

(...continuação)

Amsterdã	440.495	21,2
Leipzig	388.479	22,7
Breslau [Breslavia]	353.551	29,9
Munique	386.202	28,2
Dresden	304.519	23,5
Copenhague	334.000	22,1
Dublin	349.594	26,7
Estocolmo	249.246	21,7
Edimburgo	267.261	17,2
Bruxelas	170.167	23,4
Frankfurt	193.144	19,3
Hannover	175.920	20,9
Veneza	163.601	27,7
Christiania [Oslo]	156.500	15

Fonte: Extraída da GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jul. 1893. Disponível em [\[http://www.gmbahia.ufba.br\]](http://www.gmbahia.ufba.br). Acesso em nov. de 2011⁵²¹.

Observando os dados trazidos na matéria da Gazeta, nota-se primeiramente que são cidades muito populosas e, ainda mais, quando comparadas à cidade de Porto Alegre. A população da cidade de Salvador, naquele ano (1892), estava estimada em 173.897 habitantes. Verifica-se, também, que a média das taxas de mortalidade constantes no quadro oscila entre 20 e 30 óbitos por 1.000 habitantes, com a exceção de algumas poucas cidades. É claro que, conforme já comentado, a explicação para essas variações somente pode ser realizada a partir da análise detida sobre as causas de morte, informação esta que não consta na fonte. Mas, o que se pretende trazer aqui a partir desse exemplo, são subsídios que possam permitir pensar e reconhecer o que pode ser considerado como uma taxa de mortalidade comum, alta ou baixa para os padrões daquele período. Nesse sentido, visitando novamente os dados do gráfico que recorta a mortalidade de Porto Alegre entre os anos de 1880 e 1900, se perceberá o estabelecimento, principalmente na década de 1890, de uma taxa média considerada alta, acima de 30. Nesse sentido, são trazidos mais alguns exemplos comparativos, agora mais detidos nas causas da mortalidade.

Detendo a análise sobre a mortalidade na cidade do Rio de Janeiro - pelo exclusivo motivo de ser a única cidade brasileira, trazida nas fontes consultadas, que consta a taxa de mortalidade juntamente com a relação das causas, e ainda, por períodos mensais -, é possível

⁵²¹ Conforme trazido no artigo da revista, trata-se de uma compilação de dados retirados de várias estatísticas examinadas pelos autores. Não é referido o ano em que foram aferidas. Também não consta se é uma taxa anual ou mensal. Os autores apenas resumem esta informação como “recentes estatísticas das diversas grandes cidades da Europa e da América”. Grifos do autor.

aprofundar esta análise. Retornando ao artigo do periódico *O Brazil-Médico*⁵²² de janeiro de 1894, que trouxe o boletim demográfico da primeira quinzena do mês de janeiro da cidade do Rio de Janeiro, observa-se uma população estimada em 600.000 habitantes, com uma taxa de mortalidade de 27,48 óbitos por 1.000 habitantes⁵²³. No artigo, as causas da mortalidade são trazidas em grupos: moléstias gerais (284); moléstias generalizadas (15); moléstias localizadas, aparelho encéfalo raquidiano (no mesmo grupo, 52); aparelho circulatório (62); aparelho respiratório (43); aparelho digestivo e anexos (85); aparelho genito-urinário (2); moléstias puerperais (1); moléstias da pele e tecido conjuntivo; moléstias especiais da infância (47); moléstia especial da velhice (7); vício de conformação (2); mortes violentas (19); moléstias não classificadas (7); nascidos mortos (que não se trata de um grupo, sendo apresentado em separado) (49)⁵²⁴.

Enfocando o olhar para as causas que mais contribuíram para a mortalidade, de um total de 678 óbitos, identifica-se: **febre amarela (91)**, **malária (103)**, **tuberculose (66)** (fazendo parte do grupo de moléstias generalizadas, que na verdade envolve grande parte das doenças epidêmicas e infecto-parasitárias); enterite/diarreia (67), grupo do aparelho digestivo; nascidos mortos (49); moléstias da infância (47) (tétano umbilical, asfixia dos recém-nascidos, atrepsia e outras doenças/problemas que ocorrem logo após o parto). Essas causas, conforme se pode notar, compõem mais de 50% do total dos óbitos.

Antes de qualquer nova consideração sobre estas informações, são trazidos novos dados retirados do boletim da segunda quinzena de Janeiro, publicado na mesma revista⁵²⁵: a população continua sendo calculada em 600.000 habitantes e o número de mortes apontado foi de 993 pessoas, um acréscimo de quase 50% sobre o total anterior. A taxa de mortalidade saltou para 37,75 óbitos por 1.000 habitantes. Observando as causas que mais contribuíram para esse crescimento, destacam-se: **febre amarela (280)**; **malária (129)**; **tuberculose (96)**; enterite/diarreia (73); nascidos mortos (44); moléstias da infância (39). E agora, pulando um ano e alguns meses, indo para a segunda quinzena do mês de outubro do ano de 1895, verifica-se, por meio do boletim trazido na mesma revista⁵²⁶: população idêntica ao mês de

⁵²² O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, jan. 1894.

⁵²³ Como curiosidade, nota-se que os dados trazidos sobre as taxas de mortalidade de diversas cidades do mundo pela *Gazeta Médica da Bahia*, para o Rio de Janeiro, principalmente da população, está de acordo com o número dado pelo *O Brazil-Médico* (em um boletim de dezembro de 1893 a população aferida é de 590.200 habitantes).

⁵²⁴ Dentro de cada grupo são relacionadas as doenças, sendo relacionado o total de óbitos para cada grupo. Na exposição aqui realizada, o total de óbitos para cada grupo foi deixado entre parênteses. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, jan. 1894.

⁵²⁵ O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, fev. 1894.

⁵²⁶ O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, nov. 1895.

janeiro de 1894⁵²⁷ e mortalidade com taxa de 32,40 óbitos por 1.000 habitantes. Trazendo novamente as causas de morte, identifica-se: **febre amarela (12); malária (64); varíola (159); tuberculose (133);** enterite/diarréia (35); nascidos mortos (41); moléstias da infância (42).

Nota-se que em outubro ocorreu uma drástica queda nos óbitos decorrentes da febre amarela e malária, que nos meses de dezembro e janeiro ocupavam o topo da lista. Porém, a varíola, que antes pouco se fazia presente, passou a atuar de forma epidêmica naquele dado mês, deixando a taxa de mortalidade em um nível maior que 30. Com base em inferências similares para a segunda quinzena do mês de janeiro de 1894, verifica-se que, naquele período, era a febre amarela a doença que agia de forma epidêmica, sendo a maior responsável pela alta taxa de mortalidade. Analisando as demais causas de morte, o que se poderá perceber em termos de incidência, é que elas pouco variavam, ao menos no sentido de protagonizarem acentuadas variações nas taxas de mortalidade. Desse modo, em outro sentido, enfocando o olhar sobre as causas que se mostram com índices constantes e altos – ou seja, as que normalmente contribuem para aumentar a taxa de mortalidade -, são observadas⁵²⁸: **tuberculose, diarreia, nascidos mortos e moléstias da infância.** Em resumo, é evidente que a maior causa para as oscilações das taxas de mortalidade fica por conta da ação das doenças de caráter epidêmico, visto que as outras causas seguem um relativo padrão.

Por meio dessas breves considerações sobre a mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, são adquiridos alguns subsídios que auxiliam na análise, mais aprofundada, da mortalidade em Porto Alegre. Primeiramente, voltando o olhar para as taxas de mortalidade das duas últimas décadas do século XIX, tem-se a percepção nítida da anormalidade que representou os picos verificados em 1891 e 1892, frente à série temporal em que estes anos e dados estavam incluídos. Ao investigar os motivos do alto número de óbitos nos referidos anos por meio das informações dos livros de óbitos da SCMPA, foi verificado que a principal causa do aumento da mortalidade foi devida a uma violenta epidemia de varíola (para os padrões da cidade) que matou 139 pessoas (ao menos as mortes que foram registradas) no ano de 1891 e 252 no ano de 1892.

⁵²⁷ O que indicaria que a alta mortalidade não permitiu o crescimento da população. Ao menos não, em relação aos nascimentos, considerando que essa medição fosse realizada pela relação entre o número de nascimentos e o número de óbitos. Tal hipótese é inferida por meio da observação dos boletins demográficos publicados, visto que sempre são trazidos tais dados em conjunto. Em nenhum momento foi realizada consideração a um possível crescimento por imigração para a cidade. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, nov. 1895.

⁵²⁸ Tendo como base muitos outros boletins demográficos publicados na mesma revista. O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895.

Aprofundando um pouco mais o exame sobre aqueles anos, verifica-se que em 1891 a mortalidade causada pela varíola representou o índice de 6,31% do total das causas de morte, ficando em segundo lugar como a doença mais mortal daquele ano, perdendo apenas para a tuberculose (10,13% do total de óbitos). Já em 1892, o total de mortes por varíola representou o total de 11,95%, ficando em primeiro lugar entre as causas de mortalidade daquele ano. Estendo a análise sobre a varíola para o longo do período examinado, verifica-se que no ano de 1890 foram registrados apenas 16 casos (em relação aos registrados em 1891 e 1892), em 1888 nenhum óbito pela doença e, em 1887, apenas uma morte⁵²⁹. Esses apontamentos sobre os demais anos auxiliam a perceber o quanto os índices de morte por varíola em 1891 e 1892 fugiram do padrão, podendo ser considerados como reflexos de uma epidemia na cidade de Porto Alegre. Isto considerando, ainda, que nesses números estão arrolados somente os casos fatais e não todos os casos da doença. Nesse sentido, cabe destacar que a SCMPA, naqueles anos, não recebia enfermos acometidos por varíola (ou outras doenças observadas como epidêmicas) devido ao temor de contaminação dos demais doentes. Não há, assim, registros de entrada de variolosos naquele hospital⁵³⁰.

Conforme descrito pelo inspetor de higiene, Dr. Protasio Alves, a varíola realmente se mostrava como uma moléstia epidêmica em várias cidades do Rio Grande do Sul, constituindo-se como a doença que mais onerou os cofres do governo estadual. Protasio Alves relatou que em setembro de 1892, em Porto Alegre, foi aberto um lazareto específico para os variolosos, localizado na “chácara das bananeiras”, sob a forma de um barracão. Naquele local, de 1892 até o ano de 1893 haviam sido tratados 254 doentes⁵³¹. Por meio do levantamento realizado a partir dos registros de óbitos, observou-se que quase a metade das

⁵²⁹ Nota-se ainda que o único caso identificado no ano de 1887 foi de Antonio Domingues, identificado como de parda, 22 anos de idade, natural do Rio Grande do Norte, causa da morte identificada como varíola hemorrágica, óbito ocorrido no lazareto dos variolosos, entrada no cemitério em 5 de agosto de 1887, na sepultura 1413 do campo santo (reg. 31993). Infelizmente, não foi possível saber se Domingues seria um viajante ou um morador da cidade de Porto Alegre.

⁵³⁰ No entanto, foi identificado o caso de alguns imigrantes (denominados como colonos pelo provedor em questão), acometidos por febre amarela, que procuraram atendimento na Santa Casa. Estes foram removidos para uma enfermaria especial preparada no pavimento térreo, sendo procedidas desinfecções por todo o edifício. Após, foi contatada a presidência da província, comunicando a urgente “[...] necessidade da remoção dos aludidos colonos para fora do estabelecimento, e declarando-lhe que dessa data em diante deixariam de ser nele recebidos mais colonos, enquanto não cessasse o caráter epidêmico que apresentavam as moléstias dos imigrantes. A S. Ex. mandou criar lazaretos, e os poucos colonos que estavam ainda em tratamento foram logo para os mesmos removidos”. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1888/1889). p. 4.

⁵³¹ SIE 3001, 3002, 3003 (1893–1896). Op. cit. Observa-se que o lazareto, previamente pensado nesta pesquisa como um lugar específico para onde seriam enviadas todas as pessoas portadoras da varíola, era mais um local, assim como a SCMPA, destinado aos que “cujos recursos” não permitam o tratamento (nesse caso, o isolamento) em casa. A partir dessas informações, pode se pensar que aquele local se tratava de um recinto específico, muito provavelmente também de segregação social, para os variolosos que faziam parte dos segmentos economicamente mais pobres da população, ou, dos que não tinham assistência de familiares e amigos.

mortes por varíola ocorridas na cidade (mais especificamente 46,45%), aconteceu no dito lazareto, considerando, ainda, que nem todos os variolosos foram de fato levados ao lazareto. Infelizmente não foram trazidos os pormenores das desinfecções e dos tratamentos realizados no dito local. Dentro do que foi analisado sobre a mortalidade de Porto Alegre no período em questão, não foi mais identificada a existência de qualquer outra forma epidêmica de doença, para além da varíola⁵³².

De outro modo, considerando os anos do recorte em que não houve epidemias, o que fica aparente é o alto índice de ocorrência de determinadas causas de morte, que por sua vez, mostraram-se de forma constante dentro dos anos analisados. Estas causas serão mais bem observadas a partir de agora. Como forma de apresentação encontrada para sintetizar as informações coletadas dos livros de óbitos da SCMPA, a fim de obter um panorama geral da mortalidade da cidade de Porto Alegre, assim como, de localizar pontos específicos que guiem a análise, serão trazidos os índices por categorias de causas. Assim, dentro dos anos recortados na amostragem, identificam-se:

⁵³² Mais informações sobre a ocorrência da epidemia de varíola em Porto Alegre são encontradas nos relatórios produzidos pela Inspetoria/Diretoria de Higiene do Estado. Id.

Tabela 8: Distribuição dos óbitos por categorias grupais de causa de morte em Porto Alegre⁵³³

Grupos causas de morte	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total geral dos anos
	%	%	%	%	%	%	%
1	25,06	19,12	21,09	29,05	34,14	24,95	26,46
2	18,38	18,71	14,55	13,28	12,28	15,02	14,84
3	6,27	5,72	11,05	7,06	4,72	7,36	7,00
4	8,33	6,78	5,46	3,15	2,69	2,87	4,39
5	8,24	9,15	8,51	7,29	8,59	14,42	9,44
6	1,07	2,70	1,97	1,38	1,27	2,32	1,75
7	6,84	5,47	7,24	5,64	6,23	7,91	6,56
8	3,87	6,78	4,19	4,66	3,64	4,18	4,45
9	0,41	0,74	0,32	0,22	0,42	0,60	0,43
10	0,33	0,49	0,44	0,44	0,47	1,01	0,55
11	2,64	2,78	2,29	2,00	2,55	2,12	2,34
12	4,86	4,41	5,34	2,49	3,64	5,59	4,26
13	2,31	1,80	1,02	0,98	1,84	1,01	1,42
14	11,38	15,36	16,52	22,35	17,52	10,64	16,12
Total Geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

De acordo com as informações apresentadas, demonstra-se de forma geral que as doenças infecto-parasitárias se posicionavam no topo do índice das causas da mortalidade na cidade de Porto Alegre, seguidas pelas complicações do sistema digestivo e da primeira infância (juntamente com as malformações congênitas). As doenças do sistema respiratório e circulatório também ocupam um considerável percentual entre as causas de mortalidade. Com altíssimo índice na tabela, se encontram os óbitos dos que não tiveram assistência médica. Por não se tratar de uma causa, mas sim, de uma indicação de que não foi identificado o motivo do óbito por um médico ou pessoa apta para tal⁵³⁴, não se considerará esse grupo na análise por ora realizada. Enfocando o grupo 1 (doenças infecto-parasitárias), se verificará:

⁵³³ Porcentuais referentes ao total de 10.364 óbitos, analisados a partir dos livros de óbitos da SCMPA (total de óbitos registrados dentro daqueles anos). Conforme segue: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Morte violenta e acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Causas de morte mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada; 14 - SAM (sem assistência médica).

⁵³⁴ Conforme visto a respeito de como se davam as definições das informações constantes nos livros de óbitos, tal causa seria registrada quando da ausência de autoridades competentes para a verificação do motivo do óbito.

Tabela 9: Causas de morte no grupo 1⁵³⁵

Principais causas sistematizadas⁵³⁶	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total geral dos anos
	%	%	%	%	%	%	%
Tuberculose	12,37	10,70	13,21	10,13	9,68	13,36	11,45
Varíola	3,46	0,00	0,00	6,31	11,95	0,00	4,22
Febre tifóide	1,73	1,88	1,21	5,06	5,05	3,13	3,34
Meningite	2,64	1,72	2,16	1,55	2,17	3,43	2,28
Disenteria	1,57	1,55	0,95	1,51	1,70	1,11	1,40
Tifo (várias formas)	0,58	1,31	0,83	1,60	0,90	0,71	1,01
Outras	1,24	0,16	0,83	0,49	0,94	0,35	0,66
Difteria	0,41	0,57	0,32	0,89	0,61	0,60	0,60
Sarampo	0,08	0,08	0,95	0,40	0,05	0,66	0,39
Croup	0,08	0,08	0,00	0,27	0,42	0,45	0,25
Tétano	0,16	0,41	0,19	0,27	0,24	0,25	0,25
Cólera	0,00	0,00	0,13	0,31	0,14	0,45	0,20
Encefalite	0,33	0,41	0,13	0,09	0,05	0,20	0,17
Sífilis	0,25	0,08	0,13	0,18	0,09	0,25	0,16
Empaludismo	0,16	0,16	0,06	0,00	0,14	0,00	0,08
Total	25,06	19,12	21,09	29,05	34,14	24,95	26,46

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Por meio da disposição dos índices e causas arrolados na tabela acima, delinea-se de forma aparente e pontual o caráter epidêmico que a varíola adquiriu no ano de 1891 e 1892. Observando a incidência das doenças infecto-parasitárias e identificando a ausência de qualquer outra epidemia ao longo do período analisado, considerando também a taxa de mortalidade sobre 1.000 habitantes (o que possibilita comparar a mortalidade de Porto Alegre com a cidade do Rio de Janeiro), não se explica, ao menos de forma explícita, o motivo de índices tão altos para a capital do Rio Grande do Sul. Isto, ainda, considerando que o Rio de Janeiro sofria a incidência de certas doenças que raramente eram encontradas em Porto Alegre. Além disso, a capital brasileira se constituía como uma cidade de maior concentração de pessoas, por isso mais sujeita aos altos índices de mortalidade ocasionados por doenças infecto-parasíticas, bem como, à ocorrência de epidemias.

Entre as doenças de baixa incidência em Porto Alegre se identificam a febre amarela e a malária, responsáveis por alguns dos maiores índices de mortalidade no Rio de Janeiro, naquele mesmo período. Por conseguinte, a única hipótese plausível em um primeiro plano de análise para a explicação da alta taxa de óbitos em Porto Alegre, é a de que se morria mais pela ação comum das doenças, ou seja, independentemente da ocorrência de epidemias. E aliado a isso, conforme já trazido, também se pode inferir que os índices de mortalidade

⁵³⁵ Porcentuais da tabela baseados em um total de 2.742 óbitos (26,46% = 2.742 óbitos).

⁵³⁶ No sentido de observar as causas mais frequentemente registradas nos livros. Doenças/causas que tiveram incidência muito baixa (abaixo de 8 casos) foram agrupadas no subgrupo “outras”.

elevados seriam decorrentes, em grande parte, da incapacidade daquela cidade em absorver um grande contingente populacional em um curto espaço de tempo. Denota-se assim, tal como observado por Hecker em sua tese, que as condições de saúde e higiene de Porto Alegre no final do século XIX eram extremamente precárias em diversos aspectos, contribuindo assim para a incidência de doenças endêmicas e, conseqüentemente, para o alto índice de mortalidade.

Entretanto, procurar-se-á aprofundar um pouco mais esta análise sobre as condições de saúde de Porto Alegre a partir do olhar da medicina institucional e política (mais institucional e política do que científica) do período, dentro das possibilidades encontradas (considerando que são poucas as fontes disponíveis que possibilitem tal visão sobre Porto Alegre). Alguns relatórios da Inspeção/Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul, elaborados pelo então Inspetor e médico Protasio Alves entre os anos 1893 e 1896, mesmo período em que atuou na SCMPA, se demonstram como valiosamente úteis para a análise⁵³⁷. Logo, devido a estas peculiaridades da trajetória profissional de Protasio Alves, os relatórios por ele elaborados crescem em importância para esta pesquisa. Particularmente mais rico em informações é o primeiro relatório elaborado por Protasio Alves logo após assumir o referido

⁵³⁷ Esta repartição teria sido criada por ordem, ainda no Império, do Decreto N. 9554 de 3 de fevereiro de 1886, logo, era denominada Inspeção de Higiene da Província. Anterior ao ano de 1886, foi observado nos Relatórios da Província que havia uma repartição ou um serviço que tratava das ações de higiene (nos relatórios havia a seção “Saúde”). Porém, pelo teor das informações desses relatórios, estava sob gerência do chefe de polícia (polícia sanitária, que agia, inclusive, nas situações de epidemia, organizando lazaretos e contratando os médicos necessários). Protasio Alves assumiu a Inspeção do Estado do Rio Grande do Sul em 1892. Mais tarde em 1895, a mesma repartição passaria a se denominar Diretoria de Higiene (e por consequência, o responsável pela repartição passaria a se denominar diretor). Somente a partir da posse de Protasio Alves é que os relatórios passaram a ser mais bem elaborados, constando maiores informações (também na forma de estatísticas) sobre as condições de higiene do Estado e de Porto Alegre (principalmente). Anterior à posse de Protasio Alves e após a publicação do Decreto N. 9554 de 3 de fevereiro de 1886, foi encontrado apenas um relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul. Este foi elaborado pelo também médico da SCMPA, o inspetor Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, ao final do primeiro ano de existência da dita repartição. Este continha bem mais informações a respeito dos assuntos de saúde e higiene da Província do que as anteriores seções de “saúde”, contidas nos relatórios da província (na maior parte das vezes, as informações lá contidas se resumiam a menos de uma página, tratando, mormente, de fenômenos peculiares, tal como a ocorrência de certas doenças contagiosas na província). Porém, o relatório de Barcellos Filho não deixava de ser um tanto incompleto, conforme palavras do próprio inspetor, que denunciavam a ausência de dados estatísticos sobre as questões de saúde (o arrolamento desses dados seria uma obrigação do inspetor). Conforme foi possível verificar pela análise seriada dos relatórios sobre um longo espaço de tempo (da década de 1870 até o final da década de 1890), com a posse de Protasio houve melhoras não somente na elaboração dos relatórios sobre higiene e saúde, mas também, na própria organização da repartição. SIE 3001, 3002, 3003 (1893-1896). Sobre os relatórios do período do Império, ver: RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1885. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. Sobre os decretos que reorganizaram o serviço sanitário e de higiene do Império e da República, incluindo assim as inspeções, ver: DECRETO N. 169 - DE 18 DE JANEIRO DE 1890. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. DECRETO N. 9554 - DE 3 DE FEVEREIRO DE 1886. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPEÇÃO GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

cargo. Antes de trazer o estado de “higiene” da capital e de outras cidades do Rio Grande do Sul, Alves procura descrever as condições em que se encontrava o serviço de higiene do Estado, quando tomou posse do cargo e, talvez, procurando também já antecipar as condições sanitárias em que algumas cidades se encontravam. Conforme segue:

Nomeado Inspetor de Higiene em 13 de novembro do ano próximo passado, entendi que não devia negar meus serviços ao Estado, nesta agitada época de organização por que atravessamos. Não ignorava as dificuldades que ia encontrar, tendo por origem já a má vontade com que, em regra, cada particular recebe as imposições da higiene, já a deficiência de preparo científico para o exercício do cargo. Agindo pela convicção, acredito diminuir as primeiras; com perseverança e trabalho espero vencer as segundas. O serviço de Higiene do Estado, pode se dizer, ainda não foi criado; a deficiência de orçamento, a falta de autonomia que tinham as inspetorias das províncias eram naturalmente a causa desta lacuna. A Inspetoria de Higiene, que precisa, para seu uso, de um edifício espaçoso, funcionava em um canto de sala emprestada, tendo como móveis uma mesa com alguns objetos de escritório em casa do Inspetor e um pequeno armário na aludida sala, com uma prensa de copiar sobre um banco tosco. Um arquivo desorganizado, uma coleção muito incompleta de *Diários Oficiais*, vários exemplares do regulamento sanitário de 03 de fevereiro de 1886⁵³⁸ e de 18 de janeiro de 1890⁵³⁹, 2 livros em branco, um livro para registro das caras de médico e farmacêutico, dois outros da antiga matrícula desses profissionais, 3 copiadore de ofícios, 9 talões para vacina [...] as seguintes obras de higiene: Legendre et Lepage, *Traité d'autopsie* (2 volumes) Van Ermergem; *Manuel de microbiologie*, Fomagrines; *Hygiene Alimentaire*, Almeida; *analyse médico-prática de gênero alimentícios*, formavam todo o material da higiene⁵⁴⁰.

Dessa maneira, Alves destaca o estado de abandono, desorganização e precariedade em que se encontrava a repartição, bem como, indica que o Rio Grande do Sul ainda não contava, de fato, com um serviço de higiene⁵⁴¹. O que seria devido, em grande parte, à falta de autonomia das inspetorias das Províncias, tolhida pela centralização do poder, durante o período de ação do governo imperial. Passadas essas considerações, o Inspetor traz a estatística da mortalidade de Porto Alegre referente ao ano de 1891, único ano em que foi possível realizar a organização dos dados, conforme o Inspetor, devido à SCMPA ainda não ter lhe enviado as informações alusivas a 1892. Desse modo, com base nos números de 1891, destaca as seguintes informações sobre a mortalidade de Porto Alegre:

⁵³⁸ Que “Reorganiza o serviço sanitário do Império”. DECRETO N. 9554 - DE 3 DE FEVEREIRO DE 1886. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

⁵³⁹ Que “Constitui o Conselho de Saúde Pública e reorganiza o serviço sanitário terrestre da República”. DECRETO N. 169 - DE 18 DE JANEIRO DE 1890. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

⁵⁴⁰ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 93.

⁵⁴¹ Indicando, assim, uma grave crítica à gestão anterior.

Com elementos que encontrei na Inspeção fornecidos pela Santa Casa de Misericórdia, organizei a estatística mortuária da capital no ano de 1891 [...] Calculando a população da cidade em 60.000 habitantes, temos uma proporção de 37,4 mortes por mil habitantes; mortalidade muitíssimo grande, atendendo que Rio de Janeiro, com a sua reputação de insalubre, tem uma média de 30 a 31 e nas cidades onde os preceitos de higiene são aplicados com rigor a mortalidade tem descido, como em Londres, a 19⁵⁴².

Os pontos tratados por Alves, conforme se pode observar, vêm ao encontro de muito do que aqui foi trazido, por meio das demais fontes até então examinadas. O Inspetor confirma, refletindo um olhar advindo da medicina institucionalizada de Porto Alegre, que a mortalidade ocorrida estava muito acima dos padrões normais do período. Nota-se, ainda, em outro plano de análise, que a organização dos dados advindos da SCMPA, referida pelo próprio Protasio Alves como realizada às pressas, traz um número inferior do que foi aferido nesta pesquisa por meio da análise das informações individuais dos registros (que marcou o índice em 41,5 mortes por 1.000 habitantes), retirados dos livros de óbitos do cemitério da SCMPA⁵⁴³.

Da mesma maneira, observa-se que a média da mortalidade do Rio de Janeiro, pairando entre 30 e 31 (para o que aqui importa, acima de 30), é considerada como um índice nada bom. Verifica-se, também, que Protasio Alves se mostra atualizado com as notícias sobre a mortalidade em outras cidades e países e, com os números trazidos, parece se demonstrar como um assíduo leitor da *Gazeta Médica da Bahia* e do *Brasil-Médico*, revistas que trouxeram informações idênticas, já aqui demonstradas anteriormente (tal como a mortalidade de Rio de Janeiro e Londres). E não somente isso, por meio dos exemplos trazidos ao tratar de duas cidades extremamente populosas, escreve também sobre o quanto a maior densidade populacional em uma cidade, reflete e interfere no quadro da mortalidade⁵⁴⁴. E, observando que Porto Alegre, apesar de populosa para os padrões do sul do Brasil, em nada se compara aos exemplos anteriores, procura traçar um plano de ação para a futura gestão da qual fará parte:

Podemos concluir que, aplicando aqui os trabalhos empreendidos ao bem da saúde pública nas grandes cidades, obteremos pelo menos o que lá se tem obtido, isto é, reduzir a mortalidade a 20 ou 19 por mil habitantes. Em outros termos, pouparemos

⁵⁴² SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 94-95.

⁵⁴³ Nota-se ainda que o cálculo da mortalidade leva em consideração, para além dos óbitos, o contingente populacional da cidade.

⁵⁴⁴ Conforme Protasio Alves: “Sendo certo que, quanto maior é a população em uma cidade, tanto maiores são as condições favoráveis ao desenvolvimento da mortalidade”. SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 94.

aqui na cidade mais de 1.000 vidas por ano; o que representa um capital, pelo menos também de 1.000 contos de reis, sem fazer entrar no cálculo o número de dias perdidos por causa das doenças que não terminarão pela morte⁵⁴⁵.

Ainda se atendo à alta taxa de mortalidade de Porto Alegre, Alves demonstrará preocupação com a incidência de determinadas doenças contagiosas (para além da varíola) que, apesar de não se demonstrarem como epidêmicas agiam de forma endêmica contabilizando grande porcentual no quadro da mortalidade da capital. Desse modo, detendo-se sobre a febre tifóide, indica que a doença contribuiu com 151 óbitos naquele ano, ficando atrás somente da tuberculose (220) e da soma total das moléstias gastro-intestinais (310), conforme cálculos realizados pelo próprio Inspetor. Assim, aponta que: “Sendo de todas as moléstias esta [gastro-intestinais] a que melhor pode servir de medida para apreciar a eficácia de higiene, vê-se o quanto há a fazer aqui na cidade”⁵⁴⁶.

Poder-se-ia, aqui, deduzir um possível exagero do Inspetor a fim de valorizar o próprio trabalho que ainda estaria por ser feito, dando ares de uma grande missão o seu papel a frente da Inspetoria. Porém, por meio do que foi visto a partir da análise realizada sobre as outras fontes, percebe-se que, se não foi realmente assim, a situação se deu de maneira bem próxima. Desse modo, como um resumo das condições de higiene e de saúde da capital e do Estado do Rio Grande do Sul, Protasio Alves afirmará que:

Sendo em síntese a higiene o asseio, quem passar por nossas principais cidades verificará o quanto são elas anti-higiênicas. Aqui em Porto Alegre tenho várias vezes me dirigido ao ativo Sr. Intendente, aconselhando-o sobre assuntos de higiene local e reclamando o auxílio de sua autoridade para fazer por em execução os preceitos da ciência. Muito de propósito, tenho demorado pôr em execução algumas medidas referentes à higiene defensiva; porque, apesar de necessárias, entendo que elas devem ter um cunho sistemático e serem adotadas depois de bem se refletir sobre o modo de pô-las em prática⁵⁴⁷.

Apontando para as medidas urgentes a serem adotadas a fim de, principalmente, diminuir a mortalidade, o Inspetor irá atentar para a qualidade das águas servidas à população, para a implantação de uma rede regular de esgotos e, ainda, para a construção de um cais⁵⁴⁸:

⁵⁴⁵ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 95.

⁵⁴⁶ Ibid. p. 95. Grifo do autor.

⁵⁴⁷ Ibid. p. 97.

⁵⁴⁸ Id.

As aspirações de Alves são muito semelhantes às observadas na tese de Júlio Hecker, (que seria realizada uma década depois), demonstrando assim que a situação ainda tardaria a se modificar de forma visível, apesar de já esboçar melhorias até o final da década de 1890. Isto considerando que seria somente a partir de 1907 que Porto Alegre passaria a registrar um período de dez anos com a mortalidade abaixo de 30 óbitos por 1.000 habitantes, ficando em 1918 com um índice novamente acima de 30 (31), o que não iria se repetir ou ficar maior que 23, ao menos, até 1940⁵⁴⁹. Dessa maneira, de acordo com as necessidades acima descritas e, posicionando-se firmemente ao lado dos mais novos preceitos da ciência médica, Protasio Alves irá lançar a ideia da criação de um laboratório químico e bacteriológico no Estado, inspirando-se em outros Estados brasileiros, tal como São Paulo⁵⁵⁰. A intenção do Inspetor era a de realizar análises sobre as águas, medicamentos e alimentos (principalmente sobre a carne verde), visto que, conforme Alves, a qualidade de tais itens estaria estreitamente relacionada à queda da mortalidade da cidade⁵⁵¹.

Voltando o olhar para as causas de morte que se mostravam constantes e elevadas no cotidiano de Porto Alegre, verifica-se a presença atuante da tuberculose como a principal causa de morte ao longo dos anos analisados (considerando também as que estão incluídas nos demais grupos). Nota-se que a tuberculose somente ficou em segundo lugar no índice da mortalidade quando a varíola se mostrou no auge de seu caráter epidêmico, em 1892⁵⁵². O alto número da mortalidade pela tuberculose em Porto Alegre reflete uma triste realidade que era comum aos centros urbanos do século XIX e boa parte do século XX, conforme verificado nas fontes do período analisadas⁵⁵³ e bibliografia específica sobre mortalidade⁵⁵⁴. Tal

⁵⁴⁹ Tendo como base o quadro de mortalidade apresentado no Anuário estatístico do Brasil 1936. ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v.2, 1936. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível na forma de planilhas em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em abr. de 2011.

⁵⁵⁰ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 99.

⁵⁵¹ Nesse sentido, também buscando argumentos para a viabilização da implantação do laboratório, a fim de iniciar os estudos de bacteriologia no Rio Grande do Sul, Alves irá invocar a questão que impulsionou o que seria a primeira convenção sanitária internacional: “Eis outro fato menos recente, mas que também demonstra o quanto o estudo da bacteriologia pode ser útil, até mesmo economicamente falando: quando o governo brasileiro proibiu a importação de carne salgada, manipulada no Rio da Prata, durante a epidemia do cólera, o Governo Oriental mandou ao Rio de Janeiro o Sr. Arechavaleta, diretor do laboratório nacional de Montevidéu, que por suas experiências bacteriológicas provou que a carne salgada não podia ser veículo do cólera”. SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 99. Para uma análise mais aprofundada sobre tal convenção, ver: CHAVES, Cleide de Lima. “Pesquisadores de uma verdade experimental ainda não comprovada”: a ciência médica na Convenção Sanitária Internacional de 1887 entre Brasil, Uruguai e Argentina. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 122-136, jul | dez 2008. p. 126.

⁵⁵² Conforme foi possível deduzir a partir da análise detida sobre os livros de óbitos, muitos tuberculosos tiveram a morte adiantada pela ação da varíola.

⁵⁵³ Como no caso do Rio de Janeiro, por meio do *O Brazil-Médico*, no qual foi possível observar as causas de morte e em documentos governamentais que, apesar de não trazerem os índices de mortalidade, confirmam a grande incidência da tuberculose. RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE

realidade também se refletia, nas últimas décadas do século XIX, como uma das principais preocupações dentro da medicina científica do período, seja no Brasil ou em outros países, observadas por meio de vasta publicação de artigos e teses médicas, bem como, pela ocorrência de diversos congressos nacionais e mundiais de debate sobre a doença⁵⁵⁵.

6.1.3 A mortalidade de mulheres e crianças

Até o momento foram trazidos os principais aspectos, causas e doenças que constituem o quadro geral da mortalidade em Porto Alegre no período analisado, o que se mostrou necessário para a compreensão contextual do problema aqui examinado, visto que não seria possível situá-lo em análise sem a compreensão do todo. Visto isso, tratar-se-á agora de examinar mais especificamente a mortalidade dos grupos de causas ligados à obstetrícia e à ginecologia (incorporando também a mortalidade infantil, de recém-nascidos e do feto durante a gravidez) com a finalidade de, para além de observar as condições de saúde e mortalidade das mulheres por meio dos números aferidos, encontrar relações entre esses índices e o que se realizava em torno da medicina da mulher na SCMPA, conforme já visto.

Assim, são trazidos os grupos que demonstram a incidência dos óbitos por causas relacionadas aos grupos 5 (primeira infância e malformações congênitas) e 9 (gravidez, parto e puerpério):

HYGIENE PUBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Nesta fonte, são trazidas, por meio de relatórios elaborados pelas inspetorias de higiene das Províncias do Império, as maiores preocupações em torno da saúde e mortalidade nas mesmas. Outras fontes: REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1890. In: REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

⁵⁵⁴ GILL, L. A. *José Calero e Protásio Alves: dois médicos na perseguição de um mesmo objetivo: construção de um lugar adequado para o tratamento dos tuberculosos*. In: VIII Encontro Estadual de História, 2006, Caxias do Sul. VIII Encontro Estadual de História - História e Violência, 2006. p.1-10. MARSH, Sarah. "Consumption, was it?": the tuberculosis epidemic and Joyce's "The Dead". *New Hibernia Review / Iris Éireannach Nua*, 15:1 (earrach/spring, 2011), 107–122. WADDINGTON, Keir. "Unfit for Human Consumption": tuberculosis and the problem of infected meat in late Victorian Britain. *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 77, Number 3, Fall 2003, pp. 636-661.

⁵⁵⁵ Inclusive, se debatia ardentemente se a tuberculose era realmente causada por um bacilo ou se o surgimento se dava de acordo com a teoria miasmática (surgimento espontâneo, de acordo com o meio). A evidência da tuberculose nas discussões médico-científicas daquele período talvez seja devida mais pelas descobertas do médico-cientista alemão, Robert Koch, do que pela alta mortalidade da doença, coisa que já se constituía como um fato comum nos índices daquele século. O fato novo daqueles tempos foi que Koch, seguindo os preceitos de Louis Pasteur, descobriu o bacilo causador da doença e empreendeu diversas pesquisas e experimentos na tentativa de atingir a cura e a destruição do bacilo, que teria sido há pouco tempo identificado. Ver: GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900.

Tabela 10: Causas de morte nos grupos 5 e 9⁵⁵⁶

Grupo	Principais causas sistematizadas	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total geral
		%	%	%	%	%	%	%
5	Aftas	0,00	0,16	0,25	0,09	0,00	0,05	0,09
	Após nascer	2,06	3,35	0,70	0,22	0,61	1,06	1,12
	Congênitas (venéreas)	0,00	0,08	0,32	0,18	0,47	0,66	0,32
	Dentição	1,07	1,06	0,38	0,44	0,14	0,00	0,43
	Natimorto	3,22	1,88	4,76	5,46	6,04	9,88	5,63
	Problemas congênitos	0,49	0,41	0,32	0,40	0,24	0,91	0,46
	Tétano recém-nascidos	0,41	0,33	0,70	0,18	0,19	0,50	0,37
	Umbigo	0,08	0,08	0,00	0,09	0,00	0,00	0,04
	(vazio)	0,91	1,80	1,08	0,22	0,90	1,36	0,97
5 Total		8,24	9,15	8,51	7,29	8,59	14,42	9,44
9	Febre puerperal	0,16	0,08	0,00	0,09	0,14	0,00	0,08
	Metrite	0,00	0,16	0,06	0,00	0,05	0,00	0,04
	Metroperitonite	0,08	0,16	0,06	0,00	0,05	0,05	0,06
	Metrorragia	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
	Parto	0,08	0,00	0,00	0,04	0,05	0,20	0,07
	Puerpério (outras)	0,00	0,00	0,13	0,09	0,00	0,20	0,08
	Útero	0,08	0,08	0,06	0,00	0,14	0,15	0,09
	(vazio)	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
9 Total		0,41	0,74	0,32	0,22	0,42	0,60	0,43

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Tratando do grupo relacionado à ciência da obstetrícia e da ginecologia que se refere mais diretamente à mortalidade das mulheres, isto é, o grupo 9, não se observa números que se constituam como preocupantes no sentido aqui examinado, dentro do quadro da mortalidade daquele período. Isto considerando que apenas 48 mortes de mulheres estariam relacionadas à gravidez, ao parto e puerpério. Porém, modificando o ponto de vista, se for considerada a estreita relação existente entre a medicina da mulher e a preocupação com a saúde dos recém-nascidos, este quadro, assim como todo o mapa da mortalidade daqueles anos muda de figura e sentido.

Primeiramente, nota-se que o grupo 5, que trata das causas de morte comuns na primeira infância e ocasionadas por malformações congênitas (as que ocasionavam a morte do feto), ocupa o terceiro lugar no quadro geral da mortalidade, ficando atrás, somente, do grupo 1 (já observado) e do grupo 2 (referente às causas ligadas a problemas do sistema digestivo, com 14,84% dos óbitos totais). Entretanto, a pergunta que está sendo realizada para os índices de mortalidade requer muito mais do que a simples observação dos óbitos por grupos e

⁵⁵⁶ Grupo 5 com o total de 978 óbitos. Grupo 9 com 45 óbitos. Porcentuais baseados no total dos óbitos analisado, ou seja: 10.364. Doenças/causas que tiveram incidência muito baixa (abaixo de 8 casos) foram agrupadas no subgrupo “outras”.

doenças. Nesse sentido, cabe lembrar que o uso de dados estatísticos, se não forem maleados de forma inteligível de acordo com os objetivos da pesquisa, podem esconder ou maquiarr reflexos de uma realidade que pode ser trazida, sim, por meio de dados quantitativos.

Desse modo, urge a necessidade de analisar as informações sob outra forma, na qual se considere as categorias de idades ou faixas etárias em que os óbitos se concentram. Assim, voltando o olhar para os grupos de causas com os maiores índices de mortalidade, por faixas etárias, se identificam:

Tabela 11: Mortalidade no grupo 1 por faixas etárias⁵⁵⁷

Grupo 1 - Doenças infecto-parasíticas							
Faixas etárias	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total
	%	%	%	%	%	%	%
< 1	10,86	7,69	7,23	4,74	8,44	11,31	8,13
1 aos 14	16,78	16,67	25,60	21,87	24,90	21,41	22,03
15 aos 34	41,12	47,44	42,17	50,31	44,95	38,59	44,53
35 aos 54	18,42	20,51	18,37	15,60	16,46	21,01	17,87
55 aos 64	6,91	3,42	3,31	3,98	2,49	3,23	3,65
65 aos 74	3,95	2,14	1,51	1,83	0,97	1,82	1,82
75 ou mais	0,99	2,14	1,81	1,53	1,24	2,42	1,64
NC	0,99	0,00	0,00	0,15	0,55	0,20	0,33
Total Geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Tabela 12: Mortalidade no grupo 2 por faixas etárias⁵⁵⁸

Grupo 2 - Sistema digestivo							
Faixas etárias	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total
	%	%	%	%	%	%	%
< 1	44,39	43,23	35,37	41,14	43,08	51,34	43,37
1 aos 14	33,18	27,07	37,55	31,77	28,46	28,19	30,88
15 aos 34	2,24	6,55	5,24	9,36	5,77	6,04	6,05
35 aos 54	7,17	9,61	6,99	6,69	10,77	9,06	8,39
55 aos 64	5,83	6,55	4,80	3,34	3,85	1,01	4,03
65 aos 74	4,93	4,37	5,68	4,68	3,46	1,34	3,97
75 mais	2,24	2,62	3,06	3,01	4,23	3,02	3,06
NC	0,00	0,00	1,31	0,00	0,38	0,00	0,26
Total Geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

⁵⁵⁷ Porcentual total (100%), equivalente a 2.742 óbitos.

⁵⁵⁸ Porcentual total (100%), equivalente a 1.538 óbitos.

Tabela 13: Mortalidade no grupo 14 por faixas etárias⁵⁵⁹

Grupo 14 – Sem atendimento médico (SAM)							
Faixas etárias	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total
	%	%	%	%	%	%	%
< 1	47,83	43,09	47,69	38,97	35,85	55,92	42,97
1 aos 14	18,84	17,02	23,85	30,62	24,26	19,43	24,24
15 aos 34	4,35	9,04	5,77	9,15	17,79	5,21	9,63
35 aos 54	10,87	12,77	9,62	10,54	11,59	8,06	10,59
55 aos 64	4,35	3,72	2,69	2,19	2,43	3,79	2,87
65 aos 74	2,17	3,19	3,46	3,58	2,16	2,84	2,99
75 ou mais	5,80	4,79	3,85	3,58	4,04	3,79	4,07
NC	5,80	6,38	3,08	1,39	1,89	0,95	2,63
Total Geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Com os dados da mortalidade observados por faixas etárias intragrupos, delineia-se uma nova conformação dos índices dos óbitos. De outra forma, isso vem a demonstrar, sob um ponto de vista metodológico de trato com os dados, que as categorias de doenças, apesar de serem úteis para certo tipo de análise, se mostram como pouco eficazes quando se quer examinar as faixas etárias de concentração de óbitos, tais como os ocorridos na primeira infância que, conforme visto, não se resumem ao grupo 5. Por conseguinte, considerando o total dos óbitos ocorridos dentro do primeiro ano de vida, verifica-se que estes perfazem mais de 30% do total de óbitos (3.128 óbitos) ocorridos na cidade de Porto Alegre, ficando assim, no topo do índice da mortalidade estabelecida por faixas etárias, conforme segue:

Tabela 14: Total da mortalidade de Porto Alegre por faixas etárias⁵⁶⁰

Faixas etárias	1883	1884	1888	1891	1892	1895	Total
	%	%	%	%	%	%	%
< 1	28,94	30,56	30,11	27,59	26,82	37,30	30,18
1 aos 14	17,89	16,26	24,40	23,72	20,02	16,53	20,13
15 aos 34	17,48	16,75	14,29	22,08	23,70	16,73	19,04
35 aos 54	13,44	15,11	12,90	12,22	14,64	13,41	13,53
55 aos 64	8,99	7,35	5,40	4,89	4,63	5,34	5,77
65 aos 74	6,10	4,90	5,78	4,75	3,31	4,59	4,76
75 ou mais	4,29	5,96	5,65	4,04	5,57	5,49	5,13
NC	2,89	3,10	1,46	0,71	1,32	0,60	1,47
Total Geral	100,00						

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

⁵⁵⁹ Percentual total (100%), equivalente a 1.671 óbitos.

⁵⁶⁰ Percentual total (100%), equivalente a 10.374 óbitos.

Analisando de forma mais aprofundada as causas de morte dos menores de um ano de idade nos grupos 1 e 2, verificar-se-á:

Tabela 15: Principais causas de morte dos grupos 1 e 2, na faixa etária dos menores de 1 ano de idade⁵⁶¹

Grupo da causa da morte	Principais causas de morte	Faixa etária < 1 ano	
		%	Total
1	Meningite	46,19	103
	Varíola	14,35	32
	Tuberculose	9,42	21
	Sarampo	6,28	14
	Outras ⁵⁶²	10,32	23
	Disenteria	5,38	12
	Cólera	4,04	9
	Difteria	4,04	9
1 Total		100,00	223
2	Gastroenterite	58,92	393
	Enterocolite	20,24	135
	Enterite	14,54	97
	Outras	3,15	21
	Gastrite	1,65	11
	Diarréia	1,50	10
2 Total		100,00	667

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Nota-se, assim, que muitas das causas das mortes não consideradas como da primeira infância foram responsáveis por uma grande parcela dos óbitos dos menores de um ano de idade. Nesse sentido, analisando especificamente a ocorrência da gastroenterite como causa dos óbitos em todas as faixas etárias, se observará que a maior parte dos casos estão concentrados dentro da faixa dos menores de um ano de idade, com 58,48% (393 de 672 óbitos)⁵⁶³. Para a meningite, conforme pode ser visto pelo percentual apresentado, a situação era um tanto semelhante. Porém, mesmo com os avultados números destas duas doenças, não

⁵⁶¹ Para o grupo 1, o percentual total (100%) e equivalente a 223 óbitos. Para o grupo 2, o mesmo percentual total equivale a 667 óbitos.

⁵⁶² Em “outras” foram agrupadas as causas de morte com índices abaixo de 8 óbitos. Para o grupo 1, entre as “outras” se encontram: a febre tifóide, croup, empaludismo, encefalite, sífilis, tifo, entre outras. Para o grupo 2, em “outras” se encontram: intoxicação intestinal, estomatite, cólica intestinal, febre gástrica, intoxicação intestinal, entre outras.

⁵⁶³ Atenta-se que o percentual de 58,92% dos óbitos por gastroenterite descritos na tabela acima se referem somente aos óbitos identificados na faixa dos menores de um ano de idade (ou seja, sobre um total de 667 óbitos, considerando outras causas), enquanto que o percentual de 58,48% é o total de ocorrências da gastroenterite na faixa etária dos menores de um ano, porém, relacionado aos totais da mesma doença para as outras faixas etárias,

se pode desconsiderar a grande incidência das outras causas apresentadas, tais como a enterocolite, enterite, varíola e tuberculose.

No entanto, há de se ressaltar que muitas dessas doenças também estavam, aos olhares da medicina científica, ligadas à ciência da obstetrícia e da ginecologia. De modo mais direto, a varíola era identificada, no final do século XIX, como uma doença fatal quando manifestada no período da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto em formação. Tanto que a vacinação contra a varíola, por meio das campanhas que eram realizadas, bem como pelo teor dos artigos que eram publicados nos periódicos médicos, ganhava ares de quase obrigatoriedade para as mulheres grávidas⁵⁶⁴. Já para a tuberculose, muito se discutia nos espaços científicos da medicina se a doença seria hereditária ou não (mesmo após a descoberta do bacilo) e, se caso fosse, como se daria a transmissão⁵⁶⁵.

Finalizando essa exposição sobre os dados da mortalidade entre os menores de um ano, é interessante chamar a atenção para outros números obtidos, por meio da adoção de outro sistema de análise sobre os óbitos por idade. Através de um recorte que possibilita visualizar a mortalidade até os 90 dias de vida, verifica-se que estes compõem 18,47% do total dos óbitos analisados. Dos 90 dias até um ano de idade se concentrarão 11,71% do total da mortalidade. E, de um ano até 2 anos, estarão agrupados mais 7,71% do total de mortes analisadas nos anos da amostragem. Desse modo, considerando os óbitos registrados ocorridos de zero até os dois anos de idade, será verificado que nesta faixa se concentram mais de 37% do total da mortalidade do período em questão.

Visto isso, certamente, a medicina científica observava tais dados com preocupação, restando poucas dúvidas de que a obstetrícia e a ginecologia se constituiriam como elementos-chaves para combater aquela alta mortalidade, centrada desde o momento da geração do feto no útero até o segundo ano de vida. Nesse sentido, em março de 1886, na *Gazeta Médica da Bahia*, é trazido um artigo emblemático sobre o tema examinado⁵⁶⁶. Este se refere, novamente, à mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1885. Após descrever inúmeros dados sobre os óbitos sob a forma de tabelas, principalmente sobre as causas, Nunes irá se deter sobre a mortalidade dos nascidos mortos:

⁵⁶⁴ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, maio de 1883. p. 320.

⁵⁶⁵ São alguns exemplos: na Gazeta de novembro de 1888 foi publicado artigo específico sobre a herança da tuberculose. Em setembro de 1891 foi trazido artigo sobre o 2º Congresso da Tuberculose, ocorrido na França no mês de julho do mesmo ano. Um dos pontos específicos de debate desse congresso era sobre a herança da tuberculose. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, nov. 1888; set. 1891.

⁵⁶⁶ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1886. p. 416-422. Artigo assinado por Favilla Nunes. Não indica a fonte dos dados demonstrados.

Os nascidos mortos no ano passado apresentaram uma diferença para mais, em relação ao ano anterior, de 157 casos. Há uma progressão constante nos nascimentos de crianças mortas, o que constitui um fato patológico de merecida observação. Basta ver-se o aumento que tem tido de 1871 para cá, para que se pressagie uma calamidade em futuro não remoto⁵⁶⁷.

São trazidos pelo autor, ainda, os números dos óbitos dos nascidos mortos entre 1871 e 1885: em 1871 foram apontados 500 óbitos e, em gradativo aumento, se verificam 793 nascidos mortos em 1885⁵⁶⁸. Assim, a partir desses dados, concluirá que:

Em 1871 a proporção dos nascidos mortos foi de 5,2 da mortalidade geral e no ano passado foi de 7,7! Este fato é digno da atenção dos poderes competentes, porque perigoso pode ser o seu progressivo desenvolvimento, que, naturalmente, assenta-se em bases que seria de todo ponto conveniente reconhecer⁵⁶⁹.

Direcionando a análise novamente para Porto Alegre, é importante trazer informação interessante: para o ano de 1890 foram obtidos os dados de nascimentos da cidade de Porto Alegre⁵⁷⁰. Consta no Relatório elaborado por José Bonifácio Paranhos da Costa (Diretor do Departamento Estadual de Saúde, no ano de 1941), trazendo uma série histórica de dados sobre a saúde no Estado e em Porto Alegre, que no ano de 1890 ocorreram 1.904 nascimentos. Considerando este dado e realizando o cálculo do número de nascimentos em relação ao total da população da cidade de Porto Alegre por 1.000 habitantes (de forma semelhante ao cálculo realizado para a obtenção do coeficiente de óbitos), se obterá um coeficiente de 36,32 nascimentos por 1.000 habitantes. Analisando os dados de óbitos para o mesmo ano, será observado que o número de mortes registradas foi de 1.856, gerando um coeficiente de 35 óbitos por 1.000 habitantes.

Avaliando, conforme trazido, que a taxa de óbitos do ano de 1890 está bem próxima da média da mortalidade na cidade para aquela década, observa-se que o número de nascimentos está equilibrado com o número de óbitos. Isto indica que o crescimento populacional (demonstrado por meio do gráfico 1) se dá muito mais pelos processos migratórios para Porto Alegre do que pelos nascimentos registrados na cidade⁵⁷¹. Demonstra-

⁵⁶⁷ Ibid. p. 421.

⁵⁶⁸ Ibid. p. 422.

⁵⁶⁹ Id.

⁵⁷⁰ Conforme fonte: RELATÓRIO D.E.S. 1940. (de 1896 a 1900). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. (AHRs) 1940.

⁵⁷¹ Nesse sentido, é interessante trazer um artigo recente publicado no site do IBGE, a respeito da mortalidade no Brasil e sobre a esperança de vida do brasileiro, que por sua vez, trata essa questão de forma sintetizada e em um

se assim, que a situação da mortalidade observada em Porto Alegre em relação ao número de nascimentos, assim como na cidade do Rio de Janeiro (de forma mais acentuada na capital do Rio Grande do Sul), mostrava-se como até certo ponto comum no final do século XIX. Entretanto, não se pode dizer que era uma situação observada sem preocupação pelas autoridades médico-científicas (e também políticas) daquele mesmo período⁵⁷².

Já observado que o alto número de nascidos mortos no Rio de Janeiro, aos olhares dos médicos daquela cidade, alertava para a tomada de providências, resta agora ver como se dava a situação em Porto Alegre. Retornando ao já apresentado relatório elaborado pelo Inspetor de Higiene Protasio Alves, a ligação para a temática é trazida por meio da preocupação demonstrada com os óbitos identificados como sem assistência médica (tal como os óbitos aparecem registrados nos livros da SCMPA), que se mostraram avultados no ano de 1891 (e no decorrer dos anos analisados por esta pesquisa), conforme segue:

Uma parcela nesta estatística notável pela quantidade que representa é a dos óbitos sem assistência médica. Procurando estudar a causa desse fato, notamos que dos 518 indivíduos falecidos sem assistência, 358 foram crianças menores de 10 anos das quais, apenas 18 faleceram com menos de 24 horas⁵⁷³.

Nota-se, ao indicar os óbitos com menos de 24 horas, que na contagem Protasio Alves não está considerando os óbitos do grupo dos “nascidos mortos”, que naquele ano foi de 123 óbitos⁵⁷⁴. Ressalta-se, a partir da listagem das principais causas de morte apontadas pelo Inspetor, que a mortalidade de crianças menores de 10 anos se encontra no topo da lista (sem contar os natimortos), seguida pelos óbitos centrados no grupo das moléstias gastrointestinais (310), tuberculose (220), febre tifóide (151), varíola (141), difteria (30), tétano (11), sarampão

largo espaço de tempo: “Desde o século XIX, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e, também, de mortalidade. Na década de 1940, teve início a queda das taxas de mortalidade, com a permanência das altas taxas de natalidade, ocasionando elevadas taxas de crescimento populacional: 2,39, na década de 1940 e 3,04 na década de 1950. As taxas de natalidade somente entram em declínio em meados da década de 1960, quando se inicia a paulatina difusão dos métodos anticoncepcionais orais no Brasil”. No artigo, a análise sobre a mortalidade é detida sobre o ano de 2008. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Sala de Imprensa: Tábuas Completas de Mortalidade 2008. <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em abr. de 2011.

⁵⁷² Lembrando da campanha natalista desempenhada pelos médicos, citada por Ana Martins. Ver: MARTINS, Ana Paula Vosne. Op. cit. p. 204.

⁵⁷³ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 95.

⁵⁷⁴ Conforme aferido nos Livros de óbitos da SCMPA. LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

(3) e outras causas (728)⁵⁷⁵. Voltando-se para análise mais detida sobre estes dados o Inspetor destaca:

Observamos, por outro lado que, dentre os 1754 indivíduos que faleceram com assistência médica, só 644 eram menores de 10 anos, havendo 5 com menos de 24 horas. Temos no primeiro grupo (sem assistência) uma mortalidade em crianças de 70% e no segundo a mortalidade das crianças é de 36%. Esta diferença mostra que grande número de crianças morre por falta de socorros profissionais⁵⁷⁶.

É inevitável, neste ponto, não estabelecer relações entre estas considerações e as ações que Protasio Alves tomava na SCMPA (de acordo com o cargo e a especialidade que ocupava no hospital) ao lado de seus colegas. Nesse sentido, destacam-se as ações em que procurou trazer as mulheres desprovidas de assistência (ou economicamente mais pobres) para a realização do parto na Santa Casa (o que pode ser identificado por meio da criação de uma enfermaria de ginecologia e de partos). De outra maneira, mas no mesmo sentido, ressalta-se a medida de idealizar e realizar um curso para parteiras naquele hospital, procurando assim, por meio de ensinamentos básicos da ciência médica da obstetrícia, diminuir a mortalidade de mulheres e recém-nascidos também fora do hospital⁵⁷⁷. De forma semelhante, não se deve esquecer a criação do dispensário de crianças.

Desse modo, retornando ao relatório, Protasio Alves utiliza os dados para demonstrar a importância da presença da medicina profissional científica diplomada (da qual se identificava representante) para a diminuição dos tão avultados óbitos entre as crianças. Assim, ao tratar da não presença dos médicos naqueles óbitos, afirmará que:

Essa falta não provém da recusa dos médicos em prestar cuidados aos pequenos doentes; ela provém da crença, que tem o povo, de que a homeopatia é a medicina

⁵⁷⁵ Ibid. p. 94.

⁵⁷⁶ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 95.

⁵⁷⁷ Nesse sentido, conforme identificado em diversos dos artigos publicados nos periódicos médicos analisados, o alto número de óbitos infantis seria decorrente de doenças da primeira infância, de complicações originárias dos procedimentos realizados durante o momento do parto, mormente conduzidos por parteiras práticas desinformadas sobre os procedimentos indicados pela ciência da medicina (um deles, muito citado pelos médicos, seria o procedimento básico de higienizar as mãos), ou ainda, de diversos problemas ocorridos durante a gravidez.

das crianças e, baseados nessa crença, deixam de procurar um profissional para ir pedir ao *seu fulano* uma dose para o pequeno⁵⁷⁸.

Nota-se que, apesar de ser aparentemente favorável à liberdade profissional que estava sendo implantada naquele mesmo período⁵⁷⁹ no Estado do Rio Grande do Sul, Alves desloca boa parte da responsabilidade por aqueles óbitos à ignorância científica do povo e aos procedimentos adotados (não médico-científicos) pelos práticos, curandeiros e charlatães⁵⁸⁰. Neste ínterim, o Inspetor também destaca que:

A estatística evidência também a grande mortalidade de crianças. Sendo a mortalidade na infância um problema que muito interessa, até mesmo sob o ponto de vista econômico, os higienistas dos países em que a densidade de população produz a emigração; calcule-se o que não será para nós a importância deste problema, para nós [sic], que precisamos de braços e, por isso, os compramos!⁵⁸¹

Observa-se que os apontamentos de Protasio Alves indicam grande preocupação com a mortalidade infantil, e ainda mais, trazem-na como um problema que permeava várias esferas do social, entre elas, os aspectos culturais relacionados à busca da cura por parte da população, bem como, os aspectos socioeconômicos envolvidos.

De outra maneira, de acordo com o que foi demonstrado até então nesta pesquisa (ações realizadas pelos médicos na Santa Casa, das quais Protasio Alves fazia parte; o alto índice de mortalidade dos nascidos mortos, que fazia parte dos apontamentos acima mencionados por Alves etc.), também se verifica a ligação, mesmo que de forma não tão aparente e direta, dessa preocupação com o ainda vasto campo médico da obstetrícia e da ginecologia. Ressalta-se, assim, que conhecimento médico, saúde da população, política e interesses econômicos estavam conectados. Porém, não se quer dizer com isso que a medicina

⁵⁷⁸ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 96.

⁵⁷⁹ Concordando com o projeto político e ideário positivista, do qual era adepto. Nesse sentido, no mesmo relatório citado, Protasio Alves destaca: “O regulamento de Higiene, que baixou com o Decreto n. 169 de 18 de janeiro de 1890, precisava, depois de decretada a liberdade profissional, ser modificado de acordo com a Constituição; dirigi a minha atenção para esse ponto e, depois de estudar os regulamentos congêneres, esbocei um projeto, que submeto à apreciação do S. Presidente do Estado”. Ibid. p. 94.

⁵⁸⁰ E, talvez, Alves não estaria se direcionando somente a estes. No mesmo período também havia rixas, entre os médicos, sobre a melhor forma de tratamento a ser utilizada: alopata ou homeopata. Conforme observado nos relatórios da SCMPA, o tratamento homeopata deixaria de ser utilizado, naquela instituição, na década de 1890. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910). Sobre formas de cura alternativas à medicina diplomada, bem como, da relação entre ambas, ver: WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

⁵⁸¹ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 97. Relatório do Diretor de Higiene, Dr. Protasio Alves.

da mulher se constituiria tão somente como uma ferramenta do governo para fins econômicos, visando o incremento populacional. Aliás, diferentemente, o que esta pesquisa procura é demonstrar o contexto plural (por meio dos sujeitos envolvidos e das suas realidades de vida, entre eles médicos e população) que envolvia a medicina da mulher e o seu surgimento em Porto Alegre.

No entanto, de acordo com o que foi apontado, pergunta-se: se a obstetrícia e a ginecologia ocupavam-se também da saúde da criança na primeira infância, onde se situava a especialidade da pediatria? Nesse ponto, é necessário revisitar algumas das análises realizadas até o momento nesta pesquisa. Verificou-se que a ciência médica, enfocando a redução dos óbitos no período gestacional e no parto (da mãe e da criança) e nos primeiros momentos e anos de vida da criança, realizou gradativo aprofundamento sobre as ciências que tratavam sobre a (saudável) reprodução humana. Dessa forma, não foi por acaso que nas faculdades brasileiras de medicina, na década de 1880, ocorreram as reformas que introduziram a cadeira específica de clínica ginecológica. Sobre essas alterações, que já indicavam mudanças na concepção sobre do que deveria se ocupar, separadamente, a obstetrícia, a ginecologia e também a pediatria, o médico professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Dr. Monat, destaca:

[...] querendo assim o legislador tornar prático o ensino da matéria, que não comporta a cadeira de partos na qual o professor fazia, e ainda faz, o estudo das moléstias das mulheres paridas e grávidas. Mais ainda: esta cadeira compreendia o estudo das moléstias das crianças recém-nascidas; mas mesmo assim o reformador sabiamente entendeu que era necessário criar uma cadeira de clínica pediátrica⁵⁸².

Observa-se assim, por meio do que até então foi analisado, que no decorrer do desenvolvimento da obstetrícia pela medicina científica passou-se, primeiramente, a separá-la da ginecologia, e ainda, posteriormente, da pediatria, especialidade esta que se firmaria nos anos finais do século XIX e, principalmente, no início do século XX⁵⁸³. Importante destacar que os médicos que estiveram relacionados às modificações ocorridas na SCMPA formaram-se em meio a essas modificações, ou seja, ainda antes de serem estabelecidas as fronteiras mais nítidas entre tais especialidades.

⁵⁸² Monat referia-se a um projeto de criação de uma cadeira de clínica das moléstias dos órgãos geniturinários GAZETA MÉDICA DA BAHIA, jan. 1892.

⁵⁸³ Tendo como principal enfoque diminuir a mortalidade na primeira infância. Ver: PEREIRA, Júnia Sales. *História da Pediatria no Brasil de Final de Século XIX a meados do Século XX*, Tese de doutoramento em História. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.

Examinadas estas importantes questões, resta ainda, analisar outro viés existente sobre a mortalidade das mulheres, agora, em relação aos homens. Nesse sentido, busca-se também verificar se, de fato, havia alguma peculiaridade específica na mortalidade das mulheres em relação aos homens, que talvez justificasse uma preocupação mais aguçada, por parte da medicina, para além das causas relacionadas à reprodução. O quadro total da mortalidade, levando em consideração os anos da amostragem realizada (1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895), dividido por sexo, sopesando também os registros que não continham essa informação (dessa maneira rotulados como indefinidos no banco de dados⁵⁸⁴), ficou aferido desse modo: 4.578 óbitos femininos (44,17% do total de óbitos), 111 óbitos sem descrição sobre o sexo (1,07%) e, 5.675 óbitos masculinos (54,76%).

Porém, dadas as fragilidades dos Censos demográficos (já analisadas) para fins de realização do cálculo da população, tais dados podem não indicar se, de fato, a proporção da mortalidade era realmente desigual ou se, simplesmente, tratava-se de um reflexo simples baseado na proporcionalidade do número de habitantes por sexo. Ou seja: se a população masculina era maior, obviamente, a tendência é de que morressem mais homens. Mas, pensando os resultados dos Censos como reflexos aproximados da realidade, considerando a população praticamente equiparada entre homens e mulheres, e ainda, sopesando o crescimento da população feminina (vide gráfico 1), é possível pensar que, de fato, os homens morriam mais que as mulheres⁵⁸⁵, não justificando assim, uma preocupação específica, por parte da medicina científica, com a mortalidade das mulheres.

Nesse sentido, observa-se que o grupo das moléstias dado como especificamente feminino (grupo 9⁵⁸⁶), que representou apenas 0,44% do total com 45 óbitos, não deveria se constituir como preocupante frente às demais causas de morte do período. No entanto, há de se realizar uma ressalva que está ligada à constituição da fonte analisada: não se pode descartar a possibilidade de muitas das mortes registradas nos livros de óbitos, utilizadas para a produção dos indicadores aqui apresentados, terem sido ocasionadas por problemas decorrentes da gravidez, do parto e puerpério, visto que, naquela documentação, muitas das

⁵⁸⁴ Normalmente, os registros que não continham o sexo eram óbitos decorrentes de terem nascidos mortos ou de recém-nascidos abandonados.

⁵⁸⁵ A justificativa pensada para esta disparidade ficaria por conta da maior exposição dos homens a situações de risco, sejam em atividades de trabalho (mais perigosas ou que requeriam maior esforço físico em comparação às que eram realizadas pelas mulheres) ou pela maior liberdade de estar nas ruas (expostos a diversos perigos) e em locais públicos de convivência, inclusive à noite (envolvimento em brigas, sofrer assaltos etc.). De qualquer modo, são fatores resultantes da cultura de gênero estabelecida naquela sociedade: a mulher mais propensa ao lar e o homem à rua, aos locais de convivência extra-lar.

⁵⁸⁶ Que incluía complicações do parto, puerpério, útero etc.

causas de óbito aparecem registradas simplesmente como “febres”, “infecção”, “sem assistência médica”, entre outros motivos, um tanto generalistas. Porém, não existem meios de comprovar essa possibilidade.

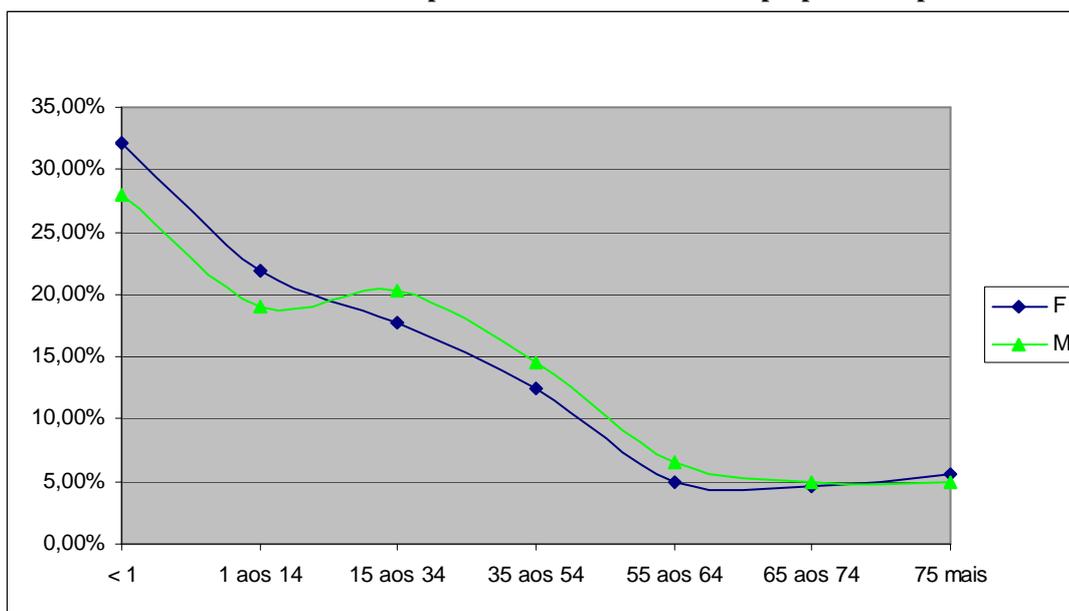
Visto isso, dando seguimento à análise, examinando as diferenças por grupos de causa de morte incluindo os motivos, não se esquecendo da proporção relativa à diferença total do número de óbitos (de mais de 10% entre os sexos), o que se vê, naturalmente, é a maior mortalidade masculina em cada uma das causas, com algumas raras exceções. Dentre essas, com números mais expressivos⁵⁸⁷, encontram-se (os primeiros números entre parênteses se referem aos óbitos femininos, os segundos, aos masculinos): no grupo 4, eclampsia (32/24); no grupo 5, “após nascer” (55/50), congênitas (21/12), natimortos (289/254), outras causas do grupo (55/41); no grupo 8, atrepsia (102/82), sendo que a maioria dos casos de atrepsia ocorreu na primeira infância⁵⁸⁸ (94/75); no grupo 11, senilidade (53/48).

Nota-se, observando a proporção relativa à diferença entre os óbitos por sexo, que tais números representam uma diferença considerável se examinados em porcentuais também relacionados. Isto é, tomando como exemplo a senilidade, se verificará que os 53 óbitos de mulheres representam o total de 1,15% sobre o total da mortalidade feminina (4.578 óbitos), enquanto que os 48 óbitos masculinos representam, para o total daquela mortalidade (5.675 óbitos), apenas 0,85%. Desse modo, também a título de exemplo, pode ser inferida a hipótese de que as mulheres morriam mais velhas que os homens. Aprofundando um pouco mais a análise proporcional da mortalidade entre os sexos, é importante, para além das causas, observar o comportamento da mortalidade por faixas etárias:

⁵⁸⁷ Acima de 20 óbitos.

⁵⁸⁸ Do zero aos 3 anos de idade.

Gráfico 4: Óbitos demonstrados por faixas etárias e de forma proporcional por sexo⁵⁸⁹



Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Proporcionalmente, o que se observa é que a mortalidade feminina é maior nos primeiros anos de vida (vide os números arrolados no grupo 5, principalmente os natimortos, bem como, a atrepsia na primeira infância) e após os 65 anos (com alto número de mortes tendo como causa a senilidade). No entanto, no período de maior fertilidade, isto é, na faixa que vai dos 15 aos 34 anos, a mortalidade feminina é consideravelmente menor que a masculina.

Em resumo, tendo em vista a explanação sobre a mortalidade comparativa entre os sexos, aliada aos aspectos anteriormente analisados, sugere-se que o maior desenvolvimento da *medicina da mulher* por meio da obstetrícia e da ginecologia não objetivaria tão somente a saúde da mulher, mas também o nascimento e o crescimento saudável de crianças. Nesse sentido, é momento de realizar mais algumas considerações.

Primeiramente que, raramente, de acordo com o que foi examinado em quaisquer das fontes utilizadas nessa pesquisa, se observou a ciência médica da obstetrícia e da ginecologia, como voltadas, diretamente, para a melhoria da saúde das mulheres. De forma semelhante, de acordo com os documentos examinados, observadas as considerações realizadas pelos médicos sobre as estatísticas mortuárias, pouquíssimas foram as vezes em que foi mostrada preocupação específica com a mortalidade feminina ou sobre determinada causa de morte,

⁵⁸⁹ Considerado a amostragem realizada considerando os anos de 1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895 e o total de 10253 registros de óbitos (isto é, sem considerar os óbitos sem registro do sexo). M: sexo masculino; F: sexo feminino.

que estaria mais ligada às mulheres. A exceção ficava por conta da ação da varíola nas mulheres grávidas (campanha de vacinação) que, desse modo, também estava mais centrada no nascimento saudável da criança. Dentro das preocupações sobre as principais causas de mortalidade do período, de acordo com a documentação analisada, sempre se destacavam os altos índices de nascidos mortos ou da mortalidade nos primeiros momentos e anos da infância. E, de acordo com a pesquisa realizada neste capítulo, enfocando essa realidade em Porto Alegre, tal preocupação se justificaria e muito possivelmente se constituiu como elemento propulsor para a implantação da medicina da mulher na SCMPA. Resta agora verificar como se dava essa situação no interior daquele hospital que, conforme visto, constituía-se como o principal lócus de prática dos médicos da cidade, naquele período.

7 VIDA, DOENÇA E MORTE FEMININA NA SCMPA

7.1 AS MULHERES POBRES DA SCMPA

A fim de melhor explorar as condições de saúde das mulheres que foram internadas SCMPA, torna-se necessário também examinar e considerar as condições sociais de vida das mesmas mulheres. Isto porque, ao olhar dessa pesquisa, na maior parte das vezes, as causas de morte ou de internação estão intrinsecamente conectadas com as condições sociais de vida do enfermo. Visto isso, como ponto de início para a análise sobre o perfil social das mulheres internadas na Santa Casa, um dado importante se mostra ao verificar, conforme já demonstrado na primeira parte desta dissertação, que a ampla maioria das pessoas que procurava a Santa Casa, fazia parte dos segmentos sociais mais pobres da cidade.

Observando mais detidamente as classes de internações masculinas por meio dos livros de entrada de enfermos, percebeu-se que a absoluta maioria dos homens também fazia parte dos segmentos populacionais mais pobres da população porto-alegrense. Entretanto, de forma quase imperceptível, verifica-se que entre os homens, em relação às mulheres, havia abertura um pouco maior entre as características sociais dos que compunham as classes de internação, encontrando-se assim pensionistas e particulares livres. Analisando as internações femininas, o que será mais bem explorado neste capítulo, observa-se que a ampla maioria das mulheres que procurava aquele hospital, nas duas últimas décadas do século XIX, fazia parte dos segmentos sociais **mais pobres** da cidade.

Entretanto, antes de esmiuçar quem eram estas mulheres pobres, é importante analisar como e porque se dava esta procura. Neste ponto, torna-se necessário entender, mesmo que brevemente, alguns dos aspectos, naquele contexto, que delineavam a relação entre população, doença, cura, medicina e hospitais no final do século XIX. A bibliografia existente sobre estas relações, dentre a qual se encontram os textos de Nikelen Witter e de Beatriz Weber⁵⁹⁰, ressalta ponto importante a ser considerado nesta discussão. Alerta para os costumes comuns da população frente à doença, que por sua vez resultavam em escolhas de

⁵⁹⁰ WEBER, Beatriz Teixeira. As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Santa Maria: UFSM, 1999. WITTER, Nikelen Acosta. Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007].

tratamento que evitariam o hospital como local para buscar a cura⁵⁹¹. Conforme observado nessa bibliografia, referente ao século XIX, a opção por evitar os hospitais seria comum a qualquer segmento populacional das diferentes classes sociais existentes, sendo que a procura pelo hospital ocorreria somente quando qualquer outra forma possível de cura tivesse sido esgotada. E tal situação se acentuava quando se tratava das mulheres.

Neste ponto, é interessante trazer alguns aspectos relacionados, identificados em periódicos médicos do final do século XIX. Já foi visto que uma característica marcante da produção da medicina científica do período, observada por meio dos inúmeros artigos publicados na *Gazeta Médica da Bahia*, é o caráter prático dos estudos realizados por aqueles médicos. Mormente, os textos baseavam-se em experiências reais dos médicos/autores, por meio dos atendimentos realizados, muitas vezes em hospitais de caridade (Santas Casas, principalmente) ou em domicílios. Demonstrando parte da cultura da população brasileira em relação ao parto no século XIX, conforme verificado, todos os casos em que os médicos foram chamados aos domicílios, as mulheres já se encontravam em, pelo menos, mais de um dia de parto. Sabe-se que, naquele período, o mais comum era que os partos fossem realizados por parteiras práticas, de confiança das famílias, e ainda, nos domicílios das parturientes⁵⁹².

Desse modo, o que se pode deduzir a partir desses casos é que os médicos somente eram chamados quando ocorria algum problema no parto e, ainda, somente após o esgotamento dos procedimentos conhecidos pelas parteiras. Situações semelhantes, conforme visto pela bibliografia e pela afirmação do provedor da SCMPA⁵⁹³, parecem indicar os motivos principais para a procura das mulheres pelos hospitais: a impossibilidade de qualquer outra forma de cura fora dos hospitais. Dadas as impossibilidades econômicas das mulheres mais pobres, a procura por médicos profissionais (que normalmente cobravam pelas visitas e consultas domiciliares), mormente, se daria diretamente nos hospitais, mais especificamente, nos de caridade.

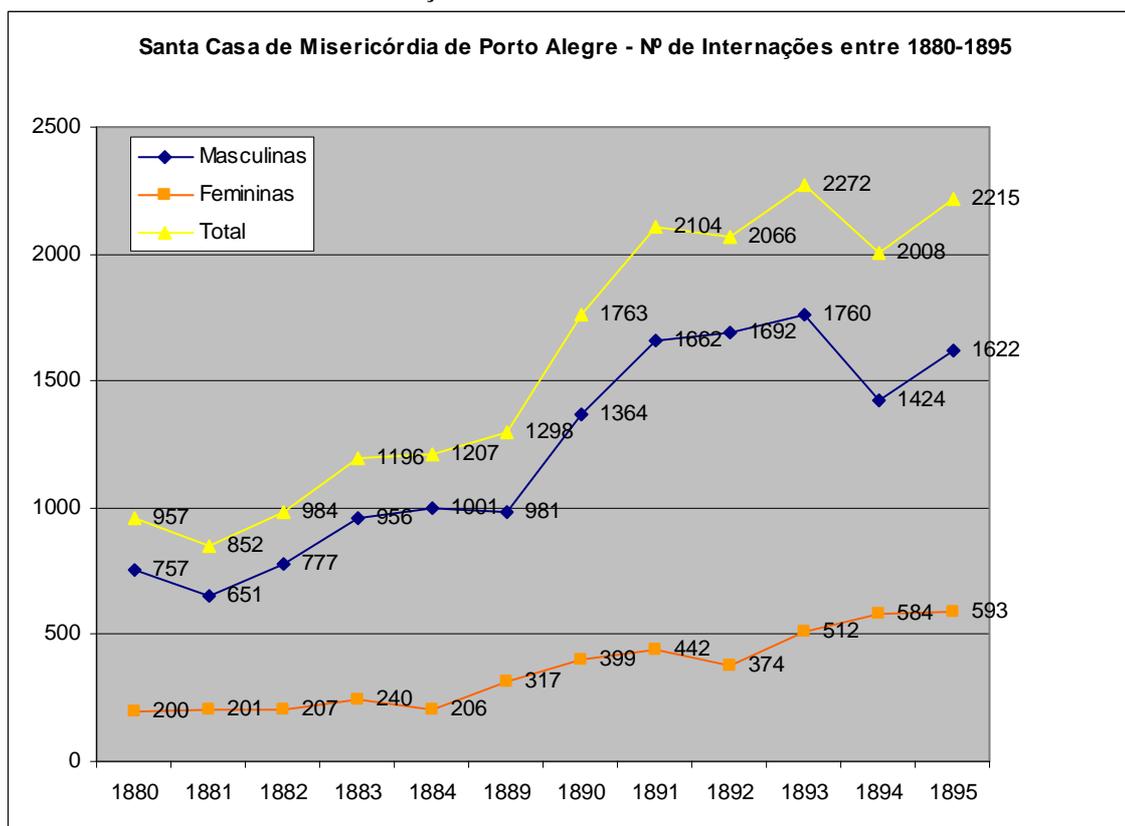
Procurando explorar esta realidade em Porto Alegre por meio dos livros de entrada de enfermos, pode ser verificado o número de mulheres, em relação ao de homens, que procuravam o atendimento oferecido pela SCMPA:

⁵⁹¹ Lembra-se, assim, da afirmação realizada por Protasio Alves, trazida no capítulo anterior, quando tratou da alta mortalidade entre as crianças.

⁵⁹² Ver: MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

⁵⁹³ Vide segunda epígrafe desta parte da dissertação.

Gráfico 5: Internações na SCMPA entre os anos de 1880 e 1895



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 ao 9, 1883 – 1899. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1890-1896. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Nota-se que, em raras oportunidades (anos de 1894 e 1895) o número de internações femininas, em comparação às masculinas, ultrapassou 25% do total das internações, permanecendo uma média de 23% dentro dos anos analisados. Para melhor compreensão desses dados sob ponto de vista comparativo dentro do período estudado e do contexto mais amplo daquele meio, foram buscadas informações sobre internações em outras Santas Casas de Misericórdias do Rio Grande do Sul. Seguem os dados de internações de algumas cidades:

Tabela 16: Internações, por sexo, nas Santas Casas de Misericórdia do Rio Grande do Sul em 1894⁵⁹⁴

Ano de 1894	N.º total de internações masculinas	N.º total de internações femininas
Pelotas	532	141
Alegrete	135	27
Rio Grande	592	145

Fonte: SIE 3002 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1894-1895).

⁵⁹⁴ A busca foi realizada por meio dos relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, mas especificamente na secção que anexava o relatório emitido pela inspetoria de higiene do Estado do Rio Grande do Sul (naquele ano tendo como diretor o Dr. Protasio Alves, que já havia sido médico na SCMPA naquela década). As informações sobre os dados hospitalares contidas nestes documentos, por sua vez, compilavam dados retirados das documentações das Santas Casas e demais hospitais existentes.

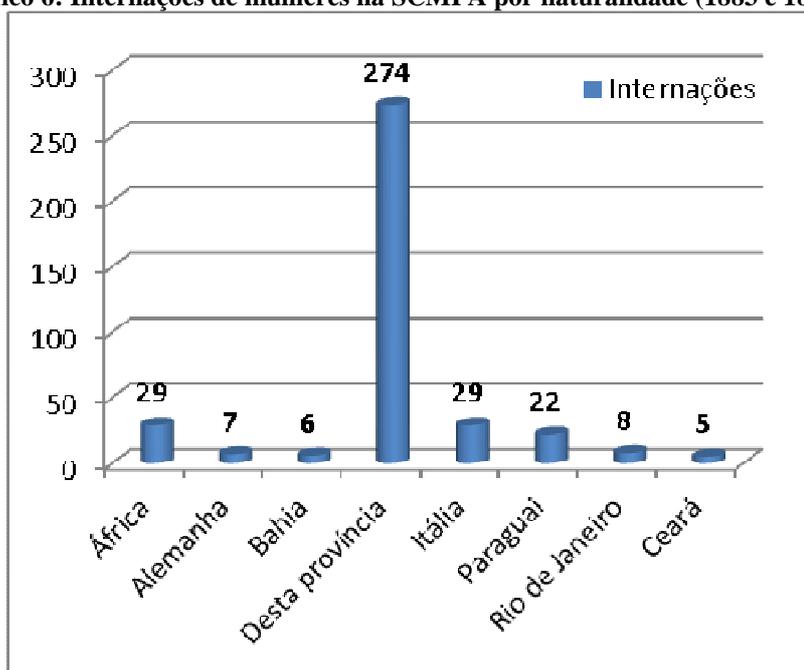
Conforme é possível verificar, a diferença entre os dados das internações femininas e masculinas identificada em Porto Alegre se repete em maiores ou menores proporções nas outras cidades analisadas. Consta-se assim, de acordo com as considerações apresentadas, que a procura do hospital pelas mulheres estava longe de ser um procedimento comum no final do século XIX e, ainda mais, quando comparada aos homens. Desse modo, identifica-se que a procura pelos hospitais por essa pequena parte da população feminina se dava por situações especiais, tais como não ter o cuidado de familiares e pessoas próximas, falta de recursos econômicos, agravamento da doença etc. No entanto, observa-se no gráfico 5, gradativo aumento das internações femininas na SCMPA. Desse modo, como motivo para tal crescimento, não pode ser excluída a possibilidade do depósito maior de confiança das mulheres nos hospitais como local de cura⁵⁹⁵. Nesse sentido é ilustrativo que o número de partos realizados dentro daquele hospital, nos anos cobertos por esta pesquisa, tenha crescido de forma extremamente acentuada⁵⁹⁶.

Visto isso, chega o momento de examinar de forma mais aprofundada quem constituía esse reduzido grupo de mulheres. Essa tentativa será realizada tendo como base, em um primeiro plano, as informações dos livros de entradas de enfermos daquela Instituição. Dessa maneira, será procurado observar de forma mais delimitada as características sociais das mulheres internadas. Para fins desta análise, foram levantados os dados completos das internações femininas no biênio de 1883/1884, tendo sido escolhido este período pelas mesmas motivações já explicadas, utilizadas para fins da verificação da morbidade naquele hospital. Importante apontar que, no levantamento realizado sobre os livros de entrada de enfermos, os dados demonstrados devem ser sempre observados como números de internações, e não como a quantidade de mulheres internadas. Isto é, uma mesma enferma pode ter dado entrada mais de uma vez na Santa Casa, dentro do período analisado. Na amostragem realizada foi verificado que dentro dos anos examinados, 7 mulheres tiveram, cada uma, 2 internações; 4 mulheres tiveram 3 internações cada e; uma mesma mulher teve 5 internações.

Visto isso, para iniciar, um bom ponto de partida se refere à naturalidade das mulheres internadas:

⁵⁹⁵ Tendo ciência de que os processos históricos se desenvolvem em constante modificação, logo, considera-se (de acordo com as fontes analisadas) que as relações estabelecidas entre a população e o conhecimento médico institucionalizado passavam por modificações ao longo dos anos, não se descartando o crescimento da confiança da população na medicina diplomada e na possibilidade de cura nos hospitais.

⁵⁹⁶ Conforme visto na parte anterior desta dissertação, ao tratar das ações médicas na SCMPA.

Gráfico 6: Internações de mulheres na SCMPA por naturalidade (1883 e 1884)⁵⁹⁷

Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885. Op. cit.

Observa-se que a ampla maioria das internações, com 66,67%, é constituída por mulheres naturais da Província de São Pedro. Infelizmente, nos livros de entrada não consta a naturalidade das internadas por cidade, mas, pode se deduzir que a ampla maioria, possivelmente, residia na cidade ou nas proximidades de Porto Alegre. De forma semelhante, há de se considerar que as registradas como africanas, baianas, cariocas ou fluminenses, paraguaias e cearenses também, provavelmente, residiam na cidade⁵⁹⁸. Porém, o mesmo não pode ser pensado para as vindas da Itália e Alemanha, visto que se tratava de um período, conforme já comentado, de grande fluxo migratório de pessoas daqueles países para o Rio Grande do Sul. Por meio de exame sobre os livros de entrada de enfermos, é possível observar o período da chegada de alguns grupos de imigrantes, visto que em um mesmo dia constam várias entradas de pessoas identificadas com uma mesma nacionalidade estrangeira.

Desse modo, visto que não se trata de algo incomum, pode se inferir que a SCMPA era um local de reabilitação e cura para os males adquiridos na longa viagem realizada. Talvez

⁵⁹⁷ Foram representadas, no gráfico, somente as nacionalidades com cinco ou mais registros de internação. Nota-se que a denominação “África” é assim encontrada no documento original. Para estas mulheres não consta o país, somente o continente de origem. LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁵⁹⁸ Diferentemente do que se observa para alguns homens descritos como naturais de outras províncias ou países, visto que muitos exerciam profissões marítimas. Conforme observado nos mesmos livros, a SCMPA era muito procurada por homens que exerciam essas profissões. Ver “Quadro 3: Santa Casa de Misericórdia – Profissões dos enfermos venéreos: sexo masculino”, em: OLIVEIRA, Daniel. Entre prazeres e doenças: enfermos venéreos na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX. In: AEDOS - Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)., v.3, p.47 - 71, 2010.

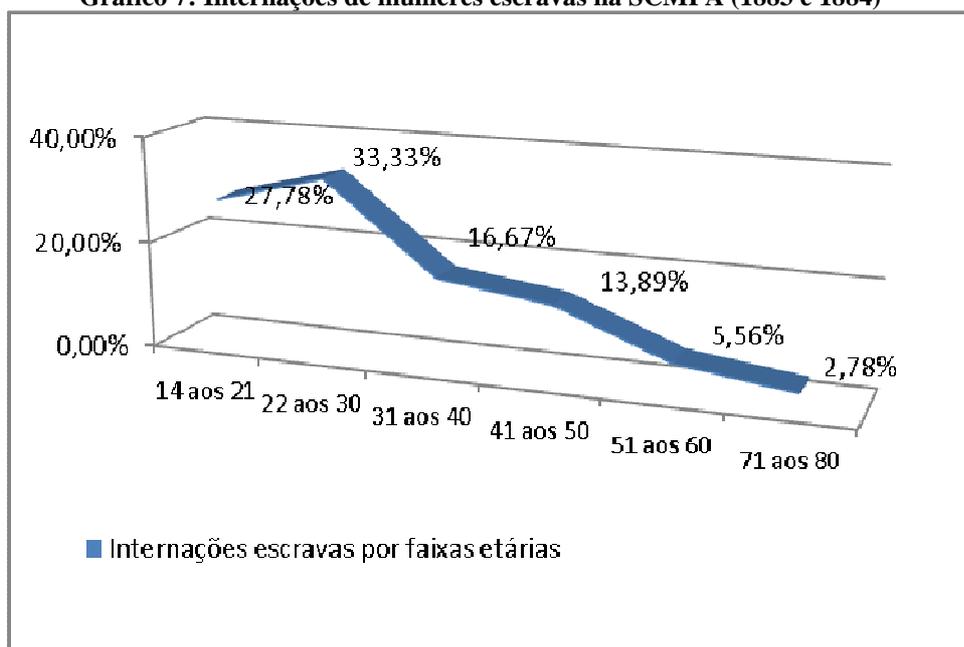
esses imigrantes (muito possivelmente), após deixar a Santa Casa, direcionavam-se para localidades do interior do Rio Grande do Sul, conforme o planejamento de colonização da Província/Estado. Outro dado muito comum observado nos registros de entradas desses imigrantes na Santa Casa (mas que não se restringia aos imigrantes) é que, em algumas vezes, a mãe somente acompanhava o filho adoentado, mas mesmo assim, o ingresso da mesma era registrado. De outra maneira, também foram observados casos em que o filho “acompanhou” a mãe, como no caso de Albina, de dois meses, ingressa juntamente com a mãe, acometida por “diarreia”⁵⁹⁹.

Em relação às enfermas denominadas como africanas, ao contrário do que se poderia inferir previamente, estas não foram identificadas como escravas. E, observando a idade das africanas, se verificará que todas se encontram em faixas etárias acima dos 41 anos de idade: dos 41 aos 50: 3 mulheres; dos 51 aos 60: 9; dos 61 aos 70: 14 e, entre os 71 e os 100 anos: 3 internações⁶⁰⁰. Sobre as escravas hospitalizadas na SCMPA, cabe realizar uma análise mais detalhada. Conforme trazido anteriormente, o número total dessas internações, verificado nos anos da amostragem (1883 e 1884), foi de 36 registros. Dessas internadas, uma era natural da Bahia, uma do Rio Grande do Norte, uma de Santa Catarina e 33 da Província de São Pedro. Estes registros, divididos por faixas etárias de acordo com a idade das mulheres, foi a seguinte:

⁵⁹⁹ Normalmente, para esses casos (o que não se constitui como uma regra), no campo “observações” consta a informação “acompanhou [...]”. Porém, outras vezes essa informação pode ser presumida pelo registro de entrada de uma criança, constando a causa de internação e, no registro abaixo, o de uma mulher, sem descrição da causa (nesses casos, a data de saída de ambos e a mesma, isto quando não ocorre o óbito da criança).

⁶⁰⁰ Para algumas, constam informações sobre o passado escravo, tal como “foi escrava de [...]”. LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885.

Gráfico 7: Internações de mulheres escravas na SCMPA (1883 e 1884)⁶⁰¹



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5. Op. cit.

Destas, 20 foram identificadas como internadas na classe particular, 13 como presas e 3 como pobres. Nota-se que a maior parte das internações ocorria entre os 14 e 40 anos (fase mais produtiva e exposta às mais diferentes causas de internações), com mais de 75% do total. As causas de internação foram um tanto variadas, sejam observadas por grupos ou pelas causas individuais, conforme ainda será analisado mais detidamente.

Visto isso, cabe salientar que dentre estas 36 internações não estão incluídas as filhas das escravas, que por sua vez, somaram cinco internações. Observando que a transcrição dos dados dos livros de enfermos buscou somente os registros de nomes femininos (sendo a identificação do sexo realizada a partir do nome), tal apontamento foi observado somente para as crianças do sexo feminino. A percepção de que essas cinco internações foram de filhas de escravas se deu de modo semelhante ao observado na identificação das mulheres escravas: assim como a indicação da condição de escrava se dava pela menção do nome do senhor ao lado do nome da enferma, para as crianças filhas de escravas também se identificava, ao lado da identificação da criança, o nome do senhor “responsável”. O nome da mãe era identificado no campo do livro denominado “filiação”. Destas crianças, uma era menor de um ano, uma com 12 anos (em 1883) e outras três com 13 anos de idade (uma em 1883 e duas em 1884). Nesse sentido, cabe atentar que a Lei do Ventre Livre⁶⁰² se tornou válida para todos os

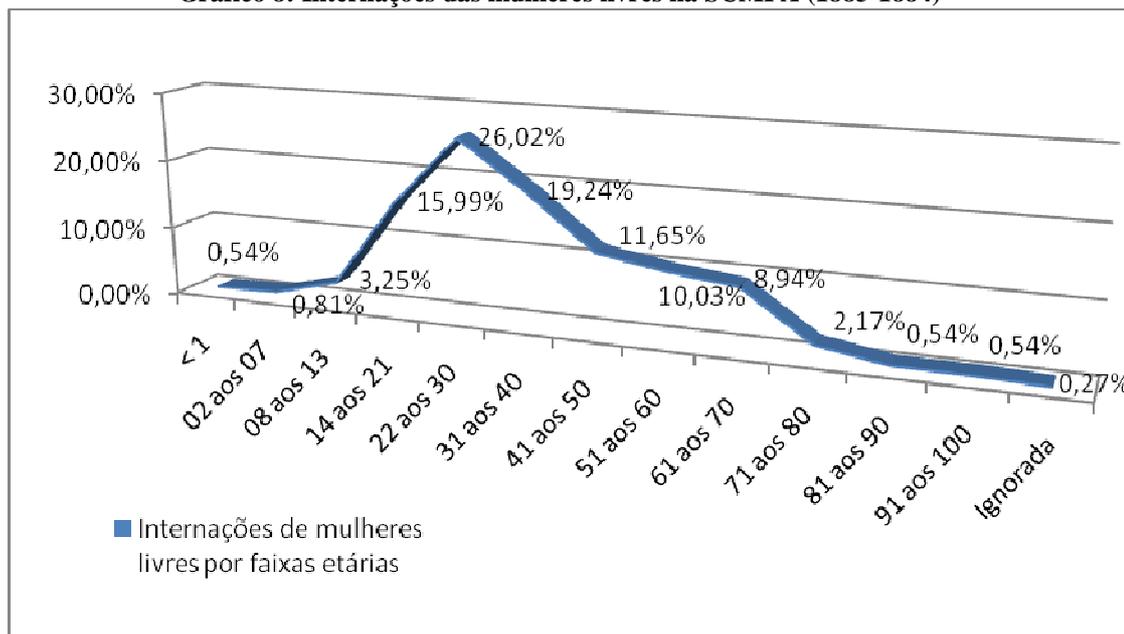
⁶⁰¹ Porcentual de 100% equivalente a 36 registros de internações. Id.

⁶⁰² LEI N.º 2040 de 28 de setembro de 1871. LEI DO VENTRE LIVRE. Disponível em: Banco de Leis [http://www.jurisway.org.br/]. Acesso em nov. 2009.

nascidos a partir de 28 de setembro de 1871. Porém, por não constar a data específica de nascimento das crianças identificadas nestes quatro registros, não é possível afirmar que fossem legalmente livres ou escravas, mas, conforme se observa, se encontravam sob a tutela das mães e, de acordo com a Lei, prestariam serviços aos senhores de suas mães.

Visto isso, são trazidos agora os dados referentes às internações de mulheres livres:

Gráfico 8: Internações das mulheres livres na SCMPA (1883-1884)⁶⁰³



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5. Op. cit.

Nota-se, de forma próxima ao verificado por meio do pequeno grupo das escravas, que a maior parte das internações das mulheres livres está centrada entre os 14 e 50 anos de idade, com mais de 70% do total. Entretanto, se as curvas dos gráficos de internações das mulheres livres e escravas forem observadas de forma comparada mais detalhada, se perceberá uma pequena inversão entre as mesmas: enquanto que, para as escravas, o segundo maior índice de internações está centrado entre os 14 e 21 anos, com 27,78% do total, para as mulheres livres o mesmo índice (segundo maior) se encontra entre os 31 e 40 anos, com 19,24% sobre o total. Tais dados levam a indicar que a idade mais produtiva das escravas, aliada às condições precárias de vida (habitação, alimentação, castigos) às tornavam mais predispostas a doenças

⁶⁰³ Dados calculados sobre um total de 369 internações, sem considerar as escravas, filhas de escravas e acompanhante.

e a serem vítimas de acidentes e violência, o que elevaria a necessidade de procura pelo hospital⁶⁰⁴.

De outra forma, analisando as internações femininas sob forma total (incluindo escravas e livres), como nem um pouco desprezíveis aparecem as internações situadas entre as faixas dos 51 aos 70 anos, com 17,52% do total. Outro dado importante que pode ser verificado por meio dos gráficos trazidos, são as raríssimas internações de menores de 8 anos de idade. Possivelmente, este comportamento das internações da SCMPA tenha servido como mais um dos indicadores para a afirmação realizada por Protasio Alves (como Diretor de Higiene), ao tratar dos motivos que poderiam explicar o alto número da mortalidade infantil: da crença popular de que o tratamento para as crianças seria a homeopatia, e ainda, administrada pelos seus “fulanos”, ao invés de se procurar um médico⁶⁰⁵.

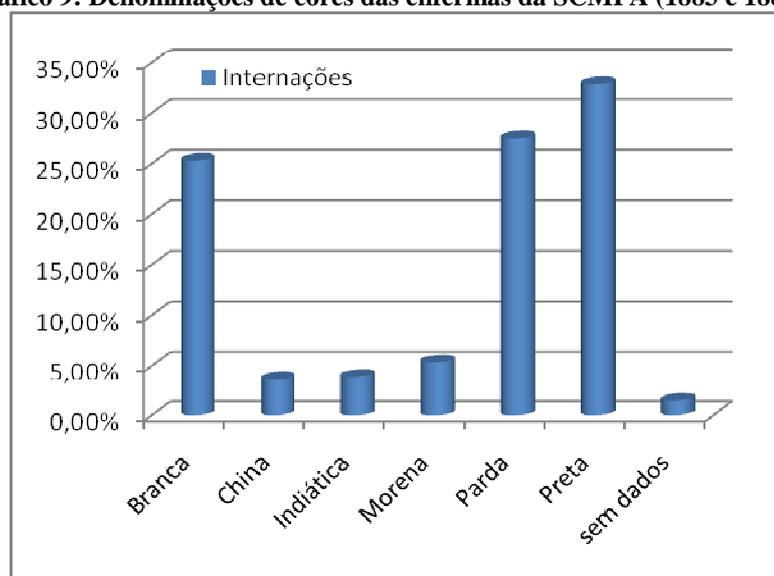
Infelizmente os relatórios da provedoria da SCMPA não trazem quadros estatísticos detalhados sobre as internações do hospital, constando faixas etárias, causas ou outras das informações dos livros de entradas. Porém, no relatório relativo ao ano de 1895, é encontrada tabela que aponta para algumas características sobre as internações daquele ano, que perfizeram um número total de 2.215⁶⁰⁶. Nesta relação, as internações são trazidas por faixas etárias (recortadas de 10 em 10 anos) e por nacionalidades. Pertinente às idades, se comprova o que foi inferido anteriormente: as internações dos menores de 10 anos de idade não chegaram a 1% do total (22 de 2.215 internações). Nesta mesma tabela, são trazidos de forma comparada os dados equivalentes referentes ao ano de 1894: dessa vez, as internações dos menores de 10 anos seriam aferidas em pouco mais de 1% (29 de 2.008 internações).

Partindo para outro indicador social sobre as mulheres internadas na SCMPA, são trazidos os dados referentes às denominações de cores das enfermas, registradas nos livros:

⁶⁰⁴ Ressaltando que, muito possivelmente, por serem internadas na classe particular, era o senhor quem às levava até o hospital. Entretanto, não se pode descartar que as escravas talvez solicitassem o internamento na Santa Casa.

⁶⁰⁵ SIE 3001 (1893–1894). Op. cit. p. 95.

⁶⁰⁶ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1896. p. 6. Relação “Comparando ainda a idade, nacionalidade e estado dos enfermos que foram recolhidos em 1895 com os de 1894, como segue”.

Gráfico 9: Denominações de cores das enfermas da SCMPA (1883 e 1884)⁶⁰⁷

Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5. Op. cit.

Estes dados indicam que mais de 75% das internações foram de mulheres não brancas. Ciente de que as denominações de cores se constituem como importantes indicadores sociais daquela sociedade, em que os denominados como pretos ou não brancos ocupavam os níveis sociais, econômicos e políticos mais baixos, infere-se pelos indicadores de “cor” do gráfico 9, que a ampla maioria das mulheres internadas na SCMPA fazia parte da parcela mais pobre da cidade. Nesse sentido, é apresentada a relação das internações por cores, considerando a classe de internação⁶⁰⁸:

Tabela 17: Internações de mulheres na SCMPA por denominação de cor e classe⁶⁰⁹

Classe	Branca	China	Indiática	Morena	Parda	Preta	Sem dados	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Alienada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	0,00	0,24
Particular	0,96	0,00	0,00	0,00	7,08	12,59	16,67	6,57
Pobre	94,23	100,00	75,00	100,00	89,38	74,81	50,00	85,64
Presa	4,81	0,00	25,00	0,00	3,54	11,85	33,33	7,57
Total Geral	100,00							

Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5. Op. cit.

Conforme se pode medir pela tabela, a ampla maioria das internações está centrada na classe pobre (352 internações). A maior parte das internações das mulheres denominadas

⁶⁰⁷ Porcentuais baseados no total de registros verificados (411). “Sem dados”: representa os registros em que o campo “cor” do livro de enfermos estava em branco.

⁶⁰⁸ Já problematizada no primeiro capítulo.

⁶⁰⁹ Total geral de 100% equivalente a 411 internações. Total de internações (100%) para cada cor/coluna: branca (104), china (15), indiática (16), morena (22), parda (113), preta (135), sem dados (6). “Sem dados”: representa os registros em que o campo “cor” do livro de enfermos estava em branco.

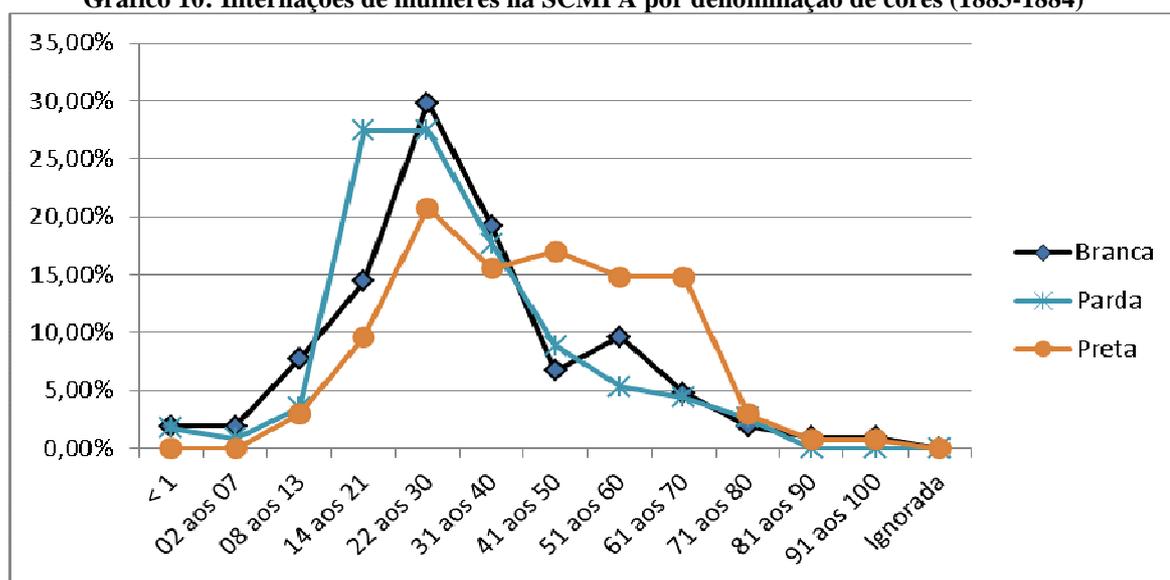
como brancas foram registradas na mesma classe. Já as internações das pretas e pardas, por sua vez, possuem um considerável porcentual distribuído entre as classes particular (cor parda com 8 internações e cor preta com 17 internações) e presa (cor parda com 4 e preta com 12). Isto considerando que a maior parte das escravas teve suas internações registrada na classe particular (55,56%) e presa (36,11%)⁶¹⁰. Tais informações contidas na referida tabela, para além de demonstrar que o atendimento dado pela SCMPA se destinava quase que exclusivamente aos pobres, tornam mais perceptíveis as distinções existentes entre aquelas mulheres que faziam parte dos segmentos mais pobres da população.

Atribuindo esse sentido aos dados, considerando também o que foi apresentado até o momento em relação ao hospital da Misericórdia de Porto Alegre e às suas enfermas, pode se entender que, certamente, aquela Instituição era vista com estigma pela população mais rica (talvez, também, para muitos pobres livres ou não membros da elite) da cidade. Porém, estigma esse representado não no sentido de se constituir como um local da ação da caridade (dessa forma poderia ser visto como um dos locais mais nobres da cidade, ao tratar da acepção da caridade naquela sociedade), mas sim, quando pensado como um local para a busca de tratamento médico e de cura.

Visto isso, no gráfico abaixo são trazidas as internações por cores, de forma comparada e por faixas etárias, considerando o conjunto total dos registros aferidos. A finalidade do gráfico se concentra em observar o comportamento da variação do número de internações ao longo da vida das mulheres daquela cidade. Foram consideradas as denominações de cores que apresentaram os números mais representativos dentro do total da amostragem realizada (mais de 5%), sendo assim representadas:

⁶¹⁰ Foi realizado o aferimento das internações das escravas, por classe, em separado. Porcentuais baseados no total de 36 internações (100%).

Gráfico 10: Internações de mulheres na SCMPA por denominação de cores (1883-1884)⁶¹¹



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5. Op. cit.

De acordo com o que foi verificado na comparação realizada entre as mulheres livres e escravas, observa-se que a maior parte das internações, para ambas as cores, se dava entre os 14 e 40 anos de idade. Porém, se os dados forem vistos em separado (por cor), se perceberá que o comportamento das internações das enfermas descritas como pretas ocorre de forma mais contínua sobre as faixas etárias: não se observa um pico de internações tão acentuado na faixa dos 14 aos 21 anos em relação às demais faixas, conforme identificado para as outras cores. E ainda mais, sob mesmo ponto de vista, se percebe que para as mulheres “pretas” o período de maior concentração das internações ocorre, também, em um período mais estendido de faixas etárias, em relação às demais cores. Estas ficam em uma média de entradas entre 20 e 15%, em uma faixa de idade que vai dos 14 aos 60 anos de idade.

Tais dados demonstram que, para além das denominadas como pretas constituírem a maior parte dos atendimentos da SCMPA, esses se davam de forma mais acentuada e contínua em várias etapas da vida daquelas mulheres, diferentemente do que ocorria com as identificadas como pardas e brancas. Para as demais denominações de cores não constantes no gráfico apresentado, os picos de internações por faixas etárias foram os seguintes: “china” e “indiática” entre os 22 e 30 anos e, para a “morena”, entre os 14 e 21 anos.

⁶¹¹ Cada uma das linhas tem seus percentuais considerados de 1 a 100%. Desse modo, para a cor branca 100% é equivalente a 104 internações (o pico das internações das “brancas” ficou em 29,81%, ou seja, em 31 internações); para a cor preta 100% é equivalente a 135 internações (pico em 28 internações) e; para a cor parda, 100% é igual a 113 internações (pico em 31 internações). Para as demais denominações de cores, os percentuais de cada uma, sobre o total de internações, foram os seguintes: china, com 3,65% (15 internações); indiática, com 3,89% (16 internações); morena, 5,35% (22 internações), sem dados, 6% (4 internações).

Em síntese, a maior parte das internações por faixas etárias, de um modo geral, se situa no início do período produtivo no mundo do trabalho, decaindo nas demais faixas etárias. Não se exclui, assim, a possibilidade de que esta queda se constitua como um processo natural do alto número de óbitos da população na mesma faixa, conforme pode ser visto nos dados de mortalidade da cidade de Porto Alegre, já apresentados na parte anterior desta dissertação. Entretanto, mais importante para os objetivos da análise realizada nesta parte do texto, verifica-se, a partir dos dados levantados dos livros de enfermos, que o total das mulheres internadas ou tratadas pela SCMPA (considerando que as internadas na classe “presa” eram atendidas diretamente na prisão) é advindo da população mais pobre de Porto Alegre. E mais que isso, foi possível observar que esta classe social de mulheres pobres é composta por diversos segmentos sociais, diferenciados por diversos aspectos (condição de liberdade, cor, ofício) e, conforme já examinado, estigmatizados de modos variados. E tais distinções (para além da pobreza econômica), se mostrarão fundamentais para a análise das condições de saúde daquelas mulheres.

7.2 MORBIDADE E MORTALIDADE NO HOSPITAL

Observadas as condições sociais das mulheres atendidas pela Santa Casa, o próximo e último passo desta pesquisa será dado no sentido de examinar as condições de saúde das enfermas por meio da análise da morbidade e mortalidade naquele hospital. Visar-se-á também, principalmente, verificar como a realidade de saúde e de vida das enfermas se relacionava com as ações médicas realizadas naquela Casa, voltadas para a medicina da mulher. Neste ponto, há de se ter um cuidado: as ações tomadas pelos médicos no interior do hospital, analisadas anteriormente, podem considerar também a ausência de determinadas demandas ligadas a uma especialidade específica, ou ainda, a quase ausência de determinado segmento populacional naquele local, no caso: as mulheres, as crianças e os procedimentos ligados à obstetrícia e à ginecologia. E ainda, como último plano de análise, tal verificação sobre a mortalidade e morbidade das mulheres, aliado ao exame sobre as ações médicas implantadas na Santa Casa, possibilitará observar, ao final do período analisado, se as medidas pensadas e realizadas pelos médicos no hospital, representaram ou não, melhorias para a saúde daquele grupo populacional específico.

7.2.1 Morbidade

Considera-se morbidade nesta análise, todos os motivos de internação, resultantes em óbito ou não, ocorridos na Santa Casa. Desse modo, partindo para o exame das causas das internações das mulheres na SCMPA, tendo como parâmetro o levantamento do total das internações femininas entre o biênio 1883/1884, observou-se a seguinte distribuição dos grupos de enfermidades:

Tabela 18: Causas das internações para o sexo feminino na SCMPA (1883-1884)⁶¹²

Grupo de causas	Total Nº	Total %
1	104	25,30
2	77	18,73
3	33	8,03
4	25	6,08
6	16	3,89
7	18	4,38
8	47	11,44
9	8	1,95
10	2	0,49
11	7	1,70
12	60	14,60
13	14	3,41
Total	411	100,00

Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885. Op. cit.

Nota-se, a partir dos dados acima, que as internações da SCMPA refletiram, de certa forma, o quadro da mortalidade da cidade (analisado anteriormente), ficando em primeiro lugar as causas referentes ao grupo 1 e, em segundo, as do grupo 2. Mais interessante é a semelhança dos dados trazidos na tabela acima com os índices de mortalidade aferidos para o ano de 1883 (vide tabela 8), em que as doenças infecto-parasitárias foram contabilizadas em 25,06% do total, e as do sistema digestivo, em 18,38%. Os dados que mais destoam entre as duas tabelas (mortalidade e internações) ficam por conta da ausência do grupo 5 nas internações (primeira infância e malformações congênitas) e o elevado percentual situado no grupo 8, que no quadro da mortalidade atingiu somente 4,45%. Logo, é possível observar que levar crianças doentes à SCMPA não se constituía como um hábito para a população porto-

⁶¹² Relação das denominações de grupos de causas: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Violenta ou acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada.

alegrense, naqueles anos. No entanto, para os anos seguintes, a situação se modificaria drasticamente com a criação do dispensário de crianças, mencionada em capítulo anterior. Em 1891, indicava-se que eram realizadas cerca de 18 consultas diárias naquela repartição⁶¹³.

Analisando as principais causas das internações, mais uma vez (de forma semelhante à mortalidade na cidade de Porto Alegre), a tuberculose lidera as estatísticas, com quase 11% do total. Em segundo, como também era de se esperar, aparece a diarreia, contabilizando 6,5% sobre o total das baixas femininas na SCMPA. Também aparece com destaque a bronquite, com pouco mais de 5% do total e o reumatismo, com 6%. Nota-se que a maior parte das causas de internação daquelas mulheres, identificada por meio dos índices dos grupos 1, 2, 3, se relacionam, por meio das características das doenças, com condições sociais de vida precárias: alimentação deficiente e consumo de água contaminada (grupo 2); possivelmente poucas condições materiais para suportar o frio e a umidade, tão comuns em Porto Alegre em boa parte do ano⁶¹⁴ (grupo 3) e; muito possivelmente devido aos dois primeiros fatores, gerando predisposição às doenças infecto-parasitárias (grupo 1).

Entretanto, não se pode menosprezar as 25 internações no grupo que junta as doenças do sistema nervoso e neuro-psiquiátricas. Porém, cabe realizar uma breve consideração sobre uma das doenças que englobam este grupo: algumas das mulheres tiveram suas enfermidades simplesmente registradas como “nervosismo”, sendo também possível encontrar o diagnóstico de “histeria”. Trata-se de “doenças” que na maior parte de vezes, conforme já exposto⁶¹⁵, serviam para patologizar comportamentos sociais femininos dados por aquela sociedade como desviantes. De outra maneira, os números observados por meio dos registros da SCMPA para este grupo, seja por meio da mortalidade ou pela morbidade, são indicadores da resistência dessas mulheres, mesmo que de forma involuntária, frente às condições de vida enfrentadas.

Partindo para a análise do grupo 8, que também mostrou números expressivos, é interessante relacionar, novamente, os dados de morbidade aos de mortalidade. A diferença dos índices verificada entre as duas tabelas, com números bem mais expressivos para a morbidade na SCMPA, pode ter uma explicação até certo ponto simples: são doenças mais facilmente curáveis ou tratadas, que refletiam muito mais em internações do que em óbitos. Neste grupo, dentre as internações, foram observados casos de anemia, reumatismo e

⁶¹³ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891. p. 9

⁶¹⁴ No outono e inverno.

⁶¹⁵ Ver também: WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

marasmo⁶¹⁶. Nota-se que o tratamento para essas doenças era baseado na administração de uma dieta mais rica em proteínas. Por meio dos relatórios da provedoria foi possível observar que uma das grandes preocupações da Instituição em relação ao hospital estava centrada na compra dos itens alimentícios que fariam parte da dieta dos enfermos. Desses itens, a provedoria sempre destacava a compra da carne verde, do leite e do pão (chegando a afirmar que estes alimentos formavam a base da dieta administrada no hospital). Por longo tempo, até os primeiros anos da década de 1890, a SCMPA contava com fornecedores específicos para a compra desses itens.

Nos anexos do relatório de 1895 foi apresentada a relação dos gêneros alimentícios fornecidos ao hospital, possibilitando assim, trazer uma ideia dos alimentos que constituíam a dieta dos enfermos do hospital. Nesta relação, para além de trazer uma listagem bem variada de alimentos, consta que em 1895 foram comprados em grande número, indicando a base da dieta fornecida aos enfermos: carne, pães de trigo, leite de vaca, chocolate, garrafas de cerveja e vinho. Também em grandes quantidades de compra, encontram-se ovos, sagu, farinha, arroz e galinhas⁶¹⁷. Em vistas disso, como outro viés de análise, mesmo que a SCMPA não se constituísse como um dos lugares mais adequados para a cura das doenças no período, esta garantiria para os mais necessitados, quando internados, ao menos algumas refeições, coisa que fora do hospital talvez não fosse viável para alguns.

Dando continuidade, o grupo 9 contabilizou, como um todo, (escravas e livres) apenas 1,95% sobre todas as internações (8 internações). Dentre essas causas, foram observadas: aborto (1), parto (4), problemas advindos de moléstias puerperais (3). Como bem se pode ver, nos anos analisados por este recorte (1883 e 1884) sobre a morbidade no hospital, a Santa Casa estava muito longe de ser um local escolhido pelas mulheres, seja para tratamento ou para a realização do parto (muito menos para este último motivo). Nenhuma, das poucas internadas deste grupo de causas (parto), faleceu.

⁶¹⁶ "Designa-se com este termo, um emagrecimento geral, extremo, de todo o corpo, ordinariamente em consequência de moléstias crônicas e prolongadas" LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872. p. 11. "Assim se chama o emagrecimento extremo de todo o corpo: consequência ordinária de grande número de moléstias crônicas. O marasmo apodera-se frequentemente das pessoas profundamente descoroadas, que por causas morais, que por enfraquecimento resultante de alguma moléstia grave, quando se persuadem que não lhes é mais possível voltar á saúde; mas se eles mesmos se abandonam, não é um motivo para abandoná-los". CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v. p. 379.

⁶¹⁷ Para observar a relação completa, vide: "Relação dos gêneros alimentícios e outros fornecidos ao hospital no ano de 1895". RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1895.

Partindo para o grupo 6 (causa violenta ou acidental), verifica-se que esse ficou em 8º lugar dentre os grupos de causas que mais tiveram internações, com quase 4% do total. Apesar de não se mostrar como número muito relevante dentro da estatística realizada, cabe atentar que destas 16 internações, 5 terminaram com a morte das mulheres. Observando as causas desse grupo, é muito provável que a maior parte delas foi causada por atos de violência e não por acidentes, conforme segue: “ferimento”, “ferimento perfurante no ventre”, “ferimento simples”, “feridas contusas”, “hematomas”, “fratura”, “escoriação na pele”, “queimaduras”. Importante atentar que, muito mais que simples causas de internações ou doenças, tais diagnósticos representam traços da realidade cotidiana das difíceis e problemáticas vidas daquelas mulheres, dentro de suas especificidades sociais (considerando as condições de liberdade, classe e gênero, que se refletem na vida pessoal) e particulares.

Neste sentido, visto as escravas se constituírem como um grupo específico e diferenciado por suas condições sociais em relação às demais mulheres livres pobres ingressas na SCMPA, serão trazidos os motivos de internação, em separado, daquelas mulheres. Deste grupo, somente duas mulheres (5,56% sobre o total) foram identificadas dentro do grupo 9: uma por motivo de aborto e outra tendo como causa “metrite puerperal”. Desse modo, infere-se que a realização do parto, bem como os problemas relacionados à gravidez, ao parto e puerpério para as escravas, assim como para as mulheres livres eram, comumente, realizados/tratados longe dos hospitais. Os demais grupos de causas identificados entre as escravas, considerados por número de internações, relacionados por ordem de quantidade, foram: grupo 2: trazendo o altíssimo número de 30,56% (11 internações, sendo 5 por diarreia); grupo 1: 16,67% (6 internações, sendo 4 por “bobas”); grupo 3: 13,89% (5 internações, sendo 4 por bronquite); grupo 6: 11,11% (4 internações); grupo 12: 11,11% (4 internações); grupo 8: 5,56% (2 internações); grupo 9: 5,56% (2 internações) e; grupo 4 com: 2,78% (1 internação).

Para os demais grupos de causas, não ocorreram internações. Nota-se, por meio dos percentuais apresentados em relação ao grupo 2, que está no topo da lista, problemas sérios em relação à qualidade da água e aos alimentos ingeridos por aquelas mulheres. Conforme identificado para o grupo geral das mulheres (que estão incluídas as escravas), a predominância das causas estão centradas nos três primeiros grupos. Entretanto, dada a proporção do número de escravas em relação ao total das internações femininas, verifica-se que o percentual observado para o grupo 6 (causa violenta ou acidental) é um tanto significativo. Para além das causas já apontadas anteriormente para o grupo geral de mulheres

internadas, para as escravas foi acrescentada a causa “contusões por castigo” (2 internações por este motivo), sendo uma dessas internações referente a uma mulher de 60 anos de idade e outra de 17 anos. Tais dados demonstram uma pequena parte do caráter extremamente cruel da escravidão porto-alegrense, neste caso sobre as mulheres, em seus últimos anos. As outras duas causas incluídas no mesmo grupo se deram pelo motivo de: “fratura do braço esquerdo” e “ferida contusa”, não se excluindo, assim, a possibilidade das causas terem sido também originadas por agressões dos seus senhores ou suas senhoras⁶¹⁸.

Observadas as principais causas das internações na SCMPA, cabe agora realizar exame mais detido sobre as internações repetidas de algumas mulheres, dentro da amostragem realizada. Para iniciar, são trazidos os dados das internações de Maria Mathildes de Oliveira (5 internações, dentro do total dos registros analisados): de cor branca, natural “desta província”, filha de Francisco José de Oliveira, com 30 anos de idade (em 1883), sem ofício, casada⁶¹⁹, classe “pobre”, entrada a primeira vez (dentro do levantamento realizado) aos 8 dias de fevereiro de 1883, acometida por “gastralgia”. Permaneceu no hospital até o dia 17 do mesmo mês. A segunda internação ocorreu aos 2 dias de novembro de 1883, porém, dessa vez, acometida por nervosismo, na classe “presa”. Permaneceu internada até o dia 2 de dezembro de 1883. A terceira baixa foi registrada em 12 de fevereiro de 1884, ainda com 30 anos.

Devido à escrita ilegível no livro de enfermos, não foi possível verificar a causa da internação. Permaneceu internada até o dia 24 de abril de 1884. Nova internação ocorreu em 29 de maio de 1884, acometida mais uma vez por nervosismo. Permaneceu internada até 14 de julho de 1884. A última internação observada dentro da amostragem realizada se deu aos 7 dias de dezembro de 1884, sendo a causa registrada como “nevrose”. A saída se deu em 17 de janeiro de 1885. Até esta última internação, Maria Mathildes de Oliveira foi registrada na classe “presa”. Não foi possível averiguar as causas que levaram a enferma em questão a passar da classe “pobre” para a “presa”. Assim como pode ter ocorrido um erro no momento do registro por parte do escrivão na primeira internação, ao denominar a classe como “pobre”, também é possível que Maria Mathildes tenha sido presa nesse intervalo de tempo, entre uma internação e outra.

⁶¹⁸ LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885..

⁶¹⁹ Em relação ao estado civil, foram verificados: 58 (14,11%) registros de internações de mulheres casadas; 30 (7,30%) de viúvas; 311 (75,67) de solteiras; inocentes e menores com 10 registros; 2 registros sem dados.

Como outro exemplo de repetidas internações de uma mesma mulher, é trazido o caso de Justina, escrava de Porfírio Alves da Silva. Justina tinha, em 1883, 41 anos de idade. Foi denominada como de cor preta, descrita como filha de Zacarias e Rosa, solteira, “sem ofício”, e, assim como Maria Mathildes, se enquadrava na classe “presa”. A primeira internação, pelo motivo de reumatismo, ocorreu entre 16 de setembro e 22 de outubro de 1883. A segunda, por motivo de bronquite, ocorreu entre 7 de novembro de 1883 e 14 de janeiro de 1884. A terceira se deu pelo motivo de lesão orgânica do coração, entrando na Santa Casa em 18 de abril e tendo baixa descrita aos 11 de outubro de 1884, dia em que faleceu. Nota-se assim, mais uma vez, grandes espaços de tempo de internação. Observa-se também que, apesar de ainda pertencer, conforme o registro, a Porfírio Silva, este não pagava pelo tratamento dispensado pela Santa Casa. Neste ponto, é interessante lembrar que para o tratamento dos presos a SCMPA ganhava subsídio provincial.

Maria Emilia Rita da Conceição, dada como parda, 46 anos de idade, natural “desta província”, solteira, foi outra enferma que teve três internações na SCMPA durante os anos analisados, todas por reumatismo e na classe “pobre”. A primeira internação ocorreu entre 4 e 21 de abril de 1883. A segunda, entre 22 de agosto e 22 de setembro e, a terceira, entre 24 de abril e 18 de maio de 1884.

De acordo com os casos verificados, todas as internações se caracterizaram por perdurar longo espaço de tempo. São vários os outros exemplos, nesse sentido, indicando que as internações, por período de quase um mês ou mais, eram relativamente comuns. Além disso, os casos apresentados podem representar um outro dado: a ineficácia dos métodos terapêuticos administrados durante aqueles anos, observada pelas internações repetidas com as mesmas moléstias e, também, conseqüentemente, a necessidade de um grande espaço de tempo de internação para a cura ou alívio dos sintomas.

7.2.2 Mortalidade

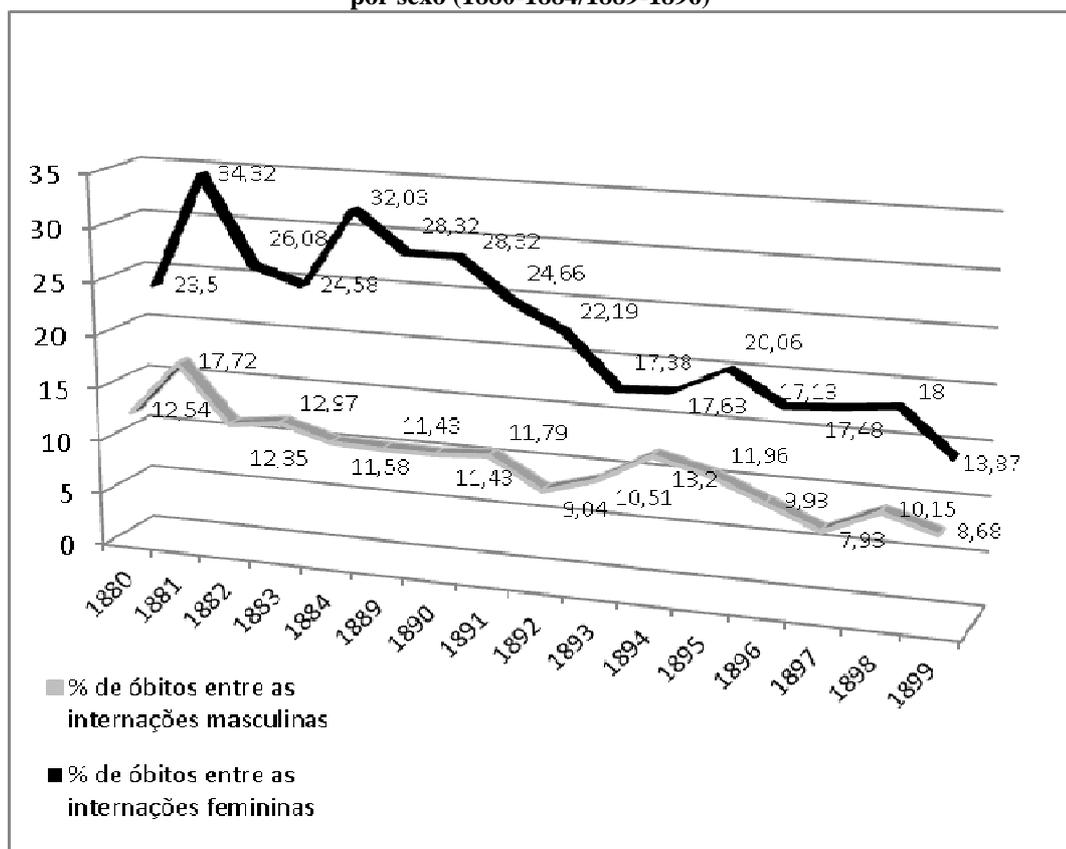
Ao tratar sobre a eficácia dos tratamentos administrados na SCMPA naqueles anos, crescem em interesse os dados relativos aos óbitos ocorridos naquele hospital, nas últimas duas décadas do século XIX. Na análise realizada sobre o total das internações de mulheres entre os anos de 1883 e 1884, verificou-se: das 411 internações, 123 mulheres não saíram vivas pelos portões da Santa Casa. Este número representa 29,93% sobre o total. Observando

o mesmo dado em separado nos anos analisados, percebe-se que os números foram semelhantes: em 1883, de 210 internações, 62 mulheres faleceram. Já em 1884, de 201 internações, 61 morreram. Demonstrados estes dados, de início, torna-se interessante trazer afirmação de Beatriz Weber, baseada em sua aprofundada pesquisa, na qual indica que: “Até o século XIX, no Brasil, ia-se ao hospital apenas para morrer, devido à quase total inexistência de tratamento e às precárias condições das instituições”⁶²⁰. Tal indicação não será discutida neste momento, entretanto, serve como um elemento balizador para o exame que será feito sobre os dados que ainda serão levantados.

Por meio dos relatórios da provedoria, que indicam os números totais de internações e de óbitos por sexo na Instituição, foi possível calcular o porcentual de mortalidade anual, considerando o sexo e o número total de internações de cada um dos anos entre 1880 e 1896. O resultado deste exercício pode ser verificado no gráfico que segue:

⁶²⁰ WEBER, Beatriz Teixeira. Op. cit. p. 150.

Gráfico 11: Porcentuais de óbitos na SCMPA considerando os totais anuais de internações, proporcional por sexo (1880-1884/1889-1896)⁶²¹



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885. Op. cit. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1896).

Para iniciar a análise sobre o gráfico 11, é interessante considerar os números que estão por trás dos percentuais apresentados. Dentro dos anos trazidos, ocorreram 32.973 internações. Entre essas, foram 7.589 femininas e 25.384 masculinas, representando, assim, o grande diferencial, já apontado, das internações entre os sexos. Porém, mais dispare que esse dado, foi a verificação dos índices de óbitos em relação às internações, também por sexo. Foram 1.545 óbitos femininos e 2.722 masculinos. Sem realizar o cálculo proporcional da mortalidade para cada sexo, se percebe à primeira vista, apesar da grande diferença entre as internações de homens e mulheres, o quanto a mortalidade na SCMPA era mais recorrente entre as mulheres.

⁶²¹ Ambas as contagens foram realizadas de acordo com os números de internações e de óbitos por ano, divididos por sexo, de acordo com as informações trazidas nos relatórios da SCMPA. Os percentuais indicados no gráfico foram contabilizados de forma isolada entre os sexos, por ano, de maneira que os dados de internações masculinas e femininas possam ser comparados sob modo proporcional, por sexo. Ou seja: internações femininas x óbitos femininos; internações masculinas x óbitos femininos. Com o cálculo realizado dessa maneira, pouco importa a disparidade entre os números de internações masculinas e femininas, para fins de aferimento da mortalidade por sexo..

A média porcentual de óbitos por internações de cada um dos sexos, no total dos anos trazidos no gráfico, foi de 20,35% para o sexo feminino e 10,72% para o sexo masculino. Logo, verifica-se que a mortalidade feminina no hospital da SCMPA, em relação às internações, foi o dobro. No gráfico, foram trazidos os índices de mortalidade para cada ano, considerando de forma proporcional o número de internações e de óbitos por sexo. Observa-se claramente, por meio das linhas do gráfico e dos dados apresentados, que os percentuais da mortalidade feminina se apresentam, principalmente na década de 1880, como de duas a três vezes maiores que a mortalidade masculina, que por sua vez, também não era pequena.

Com esses apontamentos, torna-se inevitável não mencionar as palavras do provedor Antônio Soares de Barcellos no relatório de janeiro de 1897, trazidas em epígrafe desta parte da dissertação, quando indicou que a causa maior do número de óbitos se dava pelas mulheres procurarem o hospital quando já estavam com a saúde profundamente debilitada⁶²². Porém, nota-se que no ano em que o provedor Barcellos realizou tal apontamento, a mortalidade feminina no hospital tinha caído alguns consideráveis pontos porcentuais. Mas, para iniciar o exame sobre os motivos da alta mortalidade de mulheres, é conveniente verificar quais foram as principais causas dos óbitos ocorridos na SCMPA, para aquele grupo, no decorrer daqueles 20 anos.

Tal análise se torna possível ao examinar, novamente, os dados da mortalidade da cidade de Porto Alegre por meio dos livros de óbitos da SCMPA, visto que as muitas das mortes que ocorreram naquele hospital eram assim identificadas nos registros (no campo “observações”). Porém, ao comparar os números obtidos por meio dos livros de óbitos com os trazidos nos relatórios, são observadas diferenças consideráveis para menos nos livros de óbitos, demonstrando assim que nem sempre a procedência do cadáver era registrada nos referidos livros⁶²³.

Mas, de acordo com os fins dos quais se propõem essa análise, que visa buscar indicadores sobre as causas dos óbitos ocorridos dentro da SCMPA, tais registros se mostram como suficientemente úteis. Ao total, dentre os anos da amostragem (1882, 1883, 1885, 1888, 1891, 1892 e 1895), foram identificados 1.100 óbitos provenientes da SCMPA. Destes, 402

⁶²² Provedor Tenente-Coronel Antônio Soares de Barcellos, em janeiro de 1897. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1896.

⁶²³ Seguem os números de óbitos (dentro dos anos em que a mortalidade foi analisada de forma pormenorizada) verificados nos livros de óbitos e nos relatórios da provedoria (estes últimos, em parênteses): 1883: 130 (183); 1884: 109 (182); 1888: 176 (305); 1891: 293 (305); 1892: 159 (236); 1895: 233 (313). LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). OP. CIT. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1882, 1883, 1885, 1888, 1891, 1892, 1895.

foram identificados como sendo do sexo feminino, 691 do sexo masculino e 7 sem identificação do sexo. De qualquer modo, mesmo que considerada a subrepresentação dos óbitos provenientes do hospital da Santa Casa registrados nos livros de óbitos em relação aos apontamentos dos relatórios da provedoria, nota-se diferença equivalente entre os sexos, em ambas as fontes, tal como verificada anteriormente. A seguir, os registros são demonstrados de acordo com a distribuição dos óbitos por grupos de causas, considerando também os sexos:

Tabela 19: Mortalidade na SCMPA (1883, 1884, 1888, 1891, 1892 e 1895)⁶²⁴

Grupo causa mortalidade	F	M	Total geral
	%	%	%
1	44,03	37,63	39,98
2	8,96	13,46	11,80
3	3,23	3,33	3,29
4	2,49	4,05	3,48
5	1,74	0,58	1,01
6	1,74	2,89	2,47
7	11,94	14,04	13,27
8	8,21	7,09	7,50
9	0,75	0,00	0,27
10	1,24	1,45	1,37
11	7,96	5,35	6,31
12	4,48	7,96	6,68
13	2,49	1,88	2,10
SAM	0,75	0,29	0,46
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

Partindo diretamente para a análise das principais distinções da mortalidade entre os sexos, relacionadas aos grupos, verifica-se que para as mulheres, quase 45% dos óbitos estiveram centrados nas doenças infecto-parasitárias, representando assim, percentual considerável para mais (quase 7%) em relação aos homens (que já se mostrava como um número muito alto). Em contrapartida, observa-se que no grupo 2 são os óbitos masculinos que adquirem percentual considerável para mais, passando de 4%. Dentre os demais grupos, não se observa uma distinção muito representativa sobre a distribuição dos óbitos levando em conta o sexo.

⁶²⁴ Porcentuais tendo como base os seguintes números: 100% para o sexo feminino é igual a 402; 100% para o sexo masculino é igual a 691; 100% para o total geral é de 1093 óbitos. Trata-se, assim, de uma distribuição dos óbitos em grupos, por sexo, não importando a diferença de óbitos entre os sexos. Por se tratar de uma análise detida sobre a mortalidade, novamente foram utilizados os grupos para análise das causas de mortalidade, conforme segue: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Morte violenta e acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Causas de morte mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada; 14 - SAM (sem assistência médica).

Logo, dentro do que mais interessa, tratando dos grupos que são mais relacionados com a medicina específica da mulher, não foram observados índices consideráveis para os grupos 9 e 5. O que era de se esperar, após a constatação anterior sobre o baixo número de internações destes dois grupos, na amostragem realizada que tomou como referência os anos de 1883 e 1884. Foram, de fato, poucas internações, mas ressalta-se, conforme já visto em capítulo anterior, que ocorreu aumento considerável no número de partos realizados naquele hospital, além de outros atendimentos relacionados às causas do grupo 9, na última década do século XIX. No entanto, cabe destacar que tal incremento nas internações não resultou em aumento no número de óbitos femininos, aliás, ao contrário, verifica-se que o número de mortes baixou cada vez mais, como pode ser observado no gráfico 11.

Verificado o aumento de atendimentos que se incluem dentro daquelas especialidades (obstetrícia e ginecologia) e, ao mesmo tempo, a diminuição dos óbitos entre as mulheres no hospital, sugere-se que as modificações empenhadas por Protasio Alves, Victor de Britto, Ramiro Barcellos e companhia, geraram bons resultados para o tratamento das mulheres internadas na SCMPA, já no decorrer da década de 1890. Nesse sentido, é também interessante lembrar, conforme também já examinado, que os provedores não cansavam de apontar nos relatórios que o número de consultas no dispensário de crianças (criado em 1890) aumentava de forma considerável a cada ano. Desse modo, observa-se também um considerável aumento no atendimento de outro grupo (que se relacionava à medicina da mulher, conforme visto), que até 1890, pouco aparecia nos corredores da Pia Instituição. Tal apontamento vem ao encontro das pretensões de Protasio Alves verificadas anteriormente, como Inspetor de higiene, ao relatar que a causa da alta mortalidade infantil provinha da não procura de médicos profissionais, por parte das mães.

Visto isso, ainda há de se tratar separadamente da mortalidade das escravas dentro da SCMPA, isso devido às peculiaridades específicas das condições de vida dessa parcela da população⁶²⁵. Alguns estudos realizados neste sentido, tal como o de Jaqueline Brizola⁶²⁶, apesar de tratar de um período consideravelmente afastado ao observado por esta dissertação, aponta na direção de que a mortalidade de escravos (ambos os sexos) na Santa Casa não era

⁶²⁵ Destaca-se que apesar de existir uma enfermaria para escravos, de acordo com as fontes analisadas, tudo indica que as mulheres escravas não ficavam em conjunto com os homens escravos, o que aponta para a hipótese de que as mulheres livres e escravas, até a década de 1880, independente a classe de internação, ficavam em um mesmo local.

⁶²⁶ BRIZOLA, Jaqueline Hasan. *Cativeiro e moléstia: a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o perfil de escravos enfermos no contexto do fim do tráfico negreiro no Brasil (1847-1853)*. 2010. 61f. Monografia (Licenciatura em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

significativa⁶²⁷. O que se observou na pesquisa aqui realizada por meio dos dados de internações femininas obtidos para os anos de 1883 e 1884, vem ao encontro do que foi demonstrado por Brizola. Das 41 internações de mulheres (35) e crianças escravas (6) na Santa Casa, ocorreu somente 2 óbitos de duas mulheres, sendo os dois causados por “diarreia”. Infelizmente, conforme já trazido, a análise sobre as internações se deteve somente sobre o sexo feminino, desse modo, não oportunizando exame semelhante sobre as internações masculinas de escravos. No entanto, ao analisar as mortes ocorridas na SCMPA a partir dos livros de óbitos do cemitério administrado pela Pia Instituição, identificou-se apenas um óbito de escravo (masculino) no mesmo biênio.

Porém, tratando mais especificamente sobre as condições de saúde dos escravos de Porto Alegre nos últimos anos de escravidão, verifica-se, a partir dos dados de mortalidade ocorridos dentro e fora da Santa Casa, que somente uma pequena parte dos escravos (ambos os sexos) que chegaram ao óbito, foi internada na Santa Casa. Isto visto que nos mesmos anos de 1883 e 1884 foram registrados 171 óbitos de escravos e filhos de escravos, na cidade. Analisando mais detidamente estes números, identificam-se: 67 mulheres escravas; 104 homens escravos; 2 escravos presos na cadeia; 45 filhas de escravos e 57 filhos de escravos.

Cruzando os dados de óbitos ocorridos fora da Santa Casa (a grande maioria dos óbitos ocorridos entre escravos na cidade) com o total de internações (tomando como exemplo os números relativos ao sexo feminino, onde foram contabilizadas 35 internações e 67 óbitos), verifica-se que em muitos casos os escravos enfermos, muitas vezes em estado grave, não eram levados ao hospital. Mas, ainda, há de se considerar que muitos escravos adoecidos não tiveram atendimento na Santa Casa e, tão pouco, chegaram ao óbito, não deixando, desse modo, vestígios para análise.

Infere-se assim, a partir do que foi analisado que, se a Santa Casa pode ser considerada como um local de restabelecimento da saúde dos poucos escravos que lá foram internados, não é possível dizer que seria uma prática comum, por parte dos senhores (quando conduzidos pelos senhores), internar os escravos no mesmo local. Aliás, neste ponto, é difícil ter alguma certeza, no sentido de pensar se os escravos adoentados recebiam alguma forma de tratamento disponibilizada por meio de seus senhores, fora do hospital. Além disso, é possível pensar que eram levados ao hospital somente os escravos enfermos dos quais, na visão dos senhores,

⁶²⁷ Entretanto, a autora não chegou a explorar com profundidade a mortalidade dos enfermos livres da SCMPA. Ibid. p. 23.

ainda tivessem alguma chance de cura, observando que o tratamento deveria ser pago. No caso de morte do escravo na Santa Casa, o “prejuízo”, para além de certo, seria maior.

Encerrando a análise específica dos dados relativos às mulheres escravas e prosseguindo com o exame sobre os óbitos gerais femininos (mulheres livres e escravas) ocorridos na Santa Casa, relacionando-os com os dados de internação, verificar-se-á que o grupo 7 ocupa o segundo lugar como maior centralizador das causas de óbitos, enquanto que, entre as internações totais (homens e mulheres), ficava em sétimo lugar. Logo, observa-se que, apesar de não serem muitos os casos de internações por doenças do sistema circulatório, quando estas ocorriam, na maior parte das vezes terminavam em óbito (aqui considerando homens e mulheres, a partir dos dados levantados).

Como não poderia deixar de ser, dentro do que se tornou comum ao observar o quadro da mortalidade e morbidade na segunda metade do século XIX, as doenças infecto-parasitárias lideram o total dos índices. Conforme identificado, dentro da SCMPA, para as mulheres, os índices de mortalidade para essas doenças se elevavam acentuadamente. Enquanto que no quadro da mortalidade geral da população o índice para o mesmo grupo ficou distribuído em 25,40% (e para os homens ficou em 27,58%), na Santa Casa houve um aumento de quase 20%. Dentre as doenças deste grupo que mais ceifaram vidas dentro da SCMPA, encontram-se a tuberculose (128 óbitos femininos⁶²⁸ e 191 masculinos⁶²⁹) e a febre tifóide⁶³⁰ (29 óbitos femininos⁶³¹ e 32 masculinos⁶³²).

A análise sobre este grupo, considerando o percentual de mortalidade para ambos os sexos, dentro e fora do hospital, pode ser fundamental para o entendimento de algumas das questões que até aqui foram tratadas. Primeiramente, há de se ter maior cuidado interpretativo antes de se levantar a hipótese de que tais números indicassem simplesmente um despreparo do hospital em tratar dessas doenças. Tais indicadores podem representar, por se referirem somente aos casos de óbitos ocorridos no hospital, um reflexo do que acontecia fora da Santa Casa, porém, com número de óbitos proporcional mais acentuado. O que não é nada estranho ao se considerar dois fatores já analisados nesta dissertação: primeiramente, a resistência da população em buscar o hospital para tratamento, procurando-o somente quando em estado de alta gravidade de saúde. Tratava-se, assim, de um local destinado a cuidar das mais graves

⁶²⁸ 31,84% do total dos óbitos na SCMPA para o sexo feminino.

⁶²⁹ 27,64% do total dos óbitos na SCMPA para o sexo masculino.

⁶³⁰ A única outra causa que trouxe números significativos situa-se no grupo 2: diarreia, com 4,48% para o sexo feminino e 4,05% para o sexo masculino.

⁶³¹ 7,21% do total dos óbitos na SCMPA para o sexo feminino.

⁶³² 4,63% do total dos óbitos na SCMPA para o sexo masculino.

manifestações daquelas doenças, o que certamente elevaria o número de óbitos. De outra maneira, como segundo fator, deve ser considerado que se tratam de doenças contagiosas que, quando da concentração de diversas pessoas infectadas, se não forem tomados os cuidados adequados de prevenção, mesmo (ou principalmente) em um hospital, podem se espalhar de forma mais rápida e mortal. Porém, apesar do grupo 1 ter se demonstrando como grande centralizador de óbitos para ambos os sexos, verifica-se que o percentual era bem mais acentuado quando se tratava da mortalidade feminina naquele hospital.

Expandindo um pouco mais a análise, deve se considerar que, conforme apontado no gráfico número 11, os índices de óbitos femininos são muito mais expressivos que os masculinos naquela Instituição. De acordo com o analisado nesta dissertação, até o final da década de 1880 havia somente uma enfermaria feminina, local onde ficavam alocadas diversas mulheres, com diferentes enfermidades. Um só espaço, tornando-o, possivelmente, um local de fácil contaminação por enfermidades infecto-parasitárias. Nesse sentido, apesar de verificado o baixo número de internações femininas em relação às masculinas, há de se ter o cuidado de considerar a possibilidade daquele lugar, para além de ser um foco de contaminação, também ser pequeno para o número de mulheres internadas, tornando-o ainda mais insalubre diante das condições trazidas.

Mas, ao se observar de forma mais detida o comportamento da linha da mortalidade feminina naquele mesmo gráfico, se verificará um decréscimo significativo nos índices a partir de 1890. Neste ponto, é importante lembrar das modificações empenhadas pelo corpo médico da Santa Casa (parte anterior desta pesquisa) e relacioná-las à curva descendente dos óbitos femininos do gráfico. Conforme analisado, infere-se que a queda da mortalidade feminina está ligada às ações médicas ocorridas no hospital a partir da década de 1890. Isto ainda visto que nos anos seguintes, os números de óbitos continuaram a baixar, tanto para as mulheres quanto para os homens (apesar de que, para o sexo masculino, os indicadores seguiram comportamento mais estável, sem uma queda tão acentuada quanto à observada para o sexo feminino)⁶³³. Tal decréscimo, muito possivelmente, seria devido à nova organização do hospital, com maior número de enfermarias e, também, por passar a considerar questões de caráter nosológico na utilização das mesmas⁶³⁴. Neste sentido pode se observar, naquele mesmo gráfico, que em 1899 a diferença entre os índices de mortalidade feminino e masculino caiu para praticamente 5%. No entanto, ressalta-se que o número de enfermarias

⁶³³ Em 1897 o percentual de óbitos masculinos baixaria para 7,93% e os femininos para 17,48%. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1897.

⁶³⁴ Aqui se destaca a criação das enfermarias para homens e mulheres tuberculosos.

femininas ainda era menor que as masculinas, o que deveria contribuir para o aumento dos óbitos entre as mulheres internadas.

Visto isso, é importante lembrar da afirmação de Beatriz Weber, ao indicar que no século XIX, no Brasil, ia-se ao hospital para morrer⁶³⁵. Na análise aqui realizada, verifica-se que se esta asseveração foi uma realidade, esta se concentrou, principalmente, nas mulheres pobres. Foram observados nesta dissertação, principalmente até o final da década de 1880, fortes indícios do quanto a SCMPA poderia ser considerada como um local de morte para as mulheres, o que felizmente iria se modificar, aos poucos, no decorrer do próximo decênio. Em outro enfoque sobre a questão, que se soma ao anterior, concluí-se que para boa parte da população o significado do hospital como local de morte se origina mais da função da Santa Casa naquela sociedade (prestar caridade aos pobres e desassistidos) e da visão da população, enxergando-a como o último e derradeiro recurso diante da aproximação da morte⁶³⁶.

Nos dois sentidos apontados, a afirmação desta significação para o hospital da Santa Casa fica ainda mais aparente nas palavras do provedor Antonio Soares de Barcellos, anteriormente mencionadas, ao tratar das condições de saúde das mulheres que procuravam a Pia Instituição para tratamento⁶³⁷. Logo, não se nega que os índices de mortalidade naquele hospital continuaram muito altos até o fim dos oitocentos, principalmente os femininos, se vistos em relação aos óbitos masculinos. Aliás, nem mesmo os índices masculinos podem ser dados como baixos. Entretanto, de acordo com o observado no gráfico da mortalidade na SCMPA, verificou-se que aquela realidade estava se alterando, com a diminuição gradativa dos índices de mortalidade no hospital. E isto, não pode ser observado como obra do acaso.

Avaliando a mesma situação sob outro ponto de vista, há de se considerar que, conforme trazido, a população de Porto Alegre teve um crescimento extremamente acentuado

⁶³⁵ WEBER, Beatriz Teixeira. Op. cit. p. 150.

⁶³⁶ Conforme identificado nesta pesquisa, este significado de morte em torno do hospital estaria mais relacionado com os hospitais das misericórdias brasileiras ou outros de caridade, do período. Logo, observa-se que se tratam de locais destinados aos pobres. No entanto, não se pode esquecer dos outros hospitais existentes no período, tal como os pertencentes às Beneficências Portuguesas, também no Brasil (havia também os hospitais de beneficências espanhola, italiana etc.). Estes, de acordo com o observado a partir de análise realizada sobre o Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, ofereciam boas condições de atendimento aos sócios, bem como, tinham índices de mortalidade muito baixos. Porém, cabe atentar que a Beneficência Portuguesa não permitia a internação das mulheres dos sócios no hospital, durante o século XIX. Quando necessitado, de acordo com a classe do título do sócio, um médico prestaria atendimento às mulheres diretamente nas casas dos sócios. Ver: INVENTÁRIO DOS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E TODOS OS MAIS OBJETOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina (MUHM) de Porto Alegre. RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 e 1900. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

⁶³⁷ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1897.

naqueles anos, o que por sua vez, se refletiu no número de atendimentos do hospital da Santa Casa (ver gráficos 1 e 5), que duplicou em um espaço de 15 anos. Verificou-se que, mesmo com esse representativo acréscimo no número de internações (que possivelmente refletiu o aumento populacional), muito pouco se alterou naquele hospital em termos de real aumento do espaço físico destinado ao atendimento dos enfermos. Desocupava-se uma antiga repartição ou enfermaria e criava-se outra, dividia-se uma para a montagem de duas, e assim as situações problemáticas que surgiam eram contornadas ou maquiadas, mas não solucionadas por completo. Nessa situação precária, com o crescimento exacerbado de atendimentos, há de se pensar que manter os índices de mortalidade dos anos anteriores já poderia ser considerado uma vitória, o que não foi o caso, principalmente para os óbitos femininos que diminuíram drasticamente. Nesse ponto, não pode ser pensado que a falta de recursos financeiros e materiais do hospital da Santa Casa impedissem que se tentasse implantar alguns dos preceitos indicados pela medicina científica do período⁶³⁸. De acordo com o que aqui foi visto, faltavam os recursos, mas não faltava o conhecimento. E isto pode ser denotado pelo maior cuidado e aprofundamento com a medicina da mulher que lá se passou a realizar, o que por sua vez, ocasionou e significou acentuada melhora no tratamento destinado às mulheres, para qualquer uma das causas de internação.

⁶³⁸ E eram vários os preceitos em voga, sejam os advindos da antiga medicina científica baseada na teoria dos miasmas, como os que se guiavam pela teoria microbiana Flávio Edler ao realizar um balanço historiográfico sobre a medicina brasileira no século XIX, destaca que seria uma ilusão pensar que no Brasil a medicina estaria dividida em uma fase científica e em outra não científica. Concebida deste modo, conforme o autor, se utilizaria uma visão estruturalista de análise, realizando-se uma interpretação bastante controversa sobre a dinâmica entre as instituições culturais e os saberes médicos no Segundo Reinado. Dentro desta visão estruturalista, Edler cita o trabalho de Lutz. EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. Luz, M. T. (1982) Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930, Rio de Janeiro, Graal. p. 173. Grifo do autor.

8 CONCLUSÃO

São vários os pontos analisados nesta dissertação a serem trazidos para esta conclusão, no sentido de compreender os significados existentes em torno dos elementos que ligaram as condições de saúde das mulheres pobres da cidade de Porto Alegre com o surgimento da medicina da mulher na SCMPA, durante as duas últimas décadas do século XIX. Conforme examinado, para a população da cidade, o hospital da Santa Casa se mostrava como o último recurso para a busca da cura, o que parecia se intensificar quando se tratasse, mais especificamente, das mulheres. Para além de contabilizarem, mormente, $\frac{1}{4}$ do total das internações do hospital, era delas que se compunha a maior parte dos óbitos (analisadas as internações e os óbitos de modo proporcional a cada sexo) lá ocorridos. Tais indicadores demonstram, para além do afastamento que aquelas mulheres procuravam manter em relação à SCMPA, o alto nível de debilitação do corpo frente às moléstias, quando resolviam procurar aquele hospital (com a exceção das escravas, que possivelmente eram levadas pelos seus senhores, e das presas, que recebiam na prisão o atendimento de enfermaria e de médicos da Santa Casa). Mas, para além dessas constatações, observa-se que ao menos algumas mulheres da população porto-alegrense procuravam a Santa Casa para tratamento. Mais que isso: nem todas morriam, sendo que, após algum intervalo de tempo de recuperação (mormente longo), muitas voltavam às suas difíceis rotinas.

Então, por que estas mulheres procuravam a Santa Casa? Seria pelo tratamento médico e pelas condições das enfermarias? Parece que não, ao menos, até o início da década de 1890. Conforme visto, o hospital não oferecia um serviço específico para mulheres, somente uma enfermaria, dentro de uma concepção de organização física mais voltada para as diferenças de sexo e de classe e muito menos para especialidades médicas ou moléstias específicas. De acordo com as informações existentes, o hospital era, inclusive em sua disposição física, mais voltado para o atendimento de homens, com maior número de enfermarias masculinas. E neste ponto, tal afirmação não se refere diretamente à SCMPA, mas sim, a uma cultura de comportamento da população em relação à busca da cura naquele período, constatado ter sido muito pequeno o número de mulheres que procurou o hospital. Comportamento este, por sua vez, que também se observava em outras cidades do Rio Grande do Sul e, muito possivelmente, do Brasil.

Entretanto, acima disso, pelas próprias concepções primárias da Irmandade da Santa Casa, o hospital era direcionado especialmente aos pobres e desassistidos da cidade. E parece que aí se estabelece um nexo para a pergunta realizada. A Santa Casa e o seu hospital não se encontravam desvinculados da sociedade em que estavam inseridos, bem como, logicamente, à sua Missão: a situação de extrema pobreza e abandono fazia com que aquelas mulheres procurassem o hospital da Santa Casa. Não estaria em jogo o tratamento oferecido, mas sim, o que era oferecido: o básico, o último recurso de resistência para um quadro de extinção das forças vitais. Fazendo parte deste básico, incluem-se os cuidados mais simples que podem ser disponibilizados a uma pessoa doente: um leito, alimentos e, talvez, algumas palavras de consolo. Há de se destacar, também, que neste período não havia, por parte da municipalidade, nenhuma forma de apoio médico-hospitalar aos pobres da população. Este era disponibilizado, exclusivamente, por meio da caridade, exercida por instituições leigas de profissão católica⁶³⁹. Quando muito, o governo destinava subsídios a essas instituições, como no caso da SCMPA, para a prestação de determinados serviços, tais como para o tratamento dos presos, das praças do exército e da guarda municipal, ou ainda, para a criação das crianças deixadas na roda dos expostos.

Nota-se que se utilizou, acima, a expressão de “extrema pobreza” para denominar a condição das mulheres que procuravam aquele hospital. Conforme analisado a partir do delineamento do perfil social das enfermas da Santa Casa, infere-se que é esta a condição social que mais se aproxima da realidade de vida daquelas mulheres. Não eram somente mulheres pobres, mas as mais pobres da população, se considerada também a falta de assistência familiar e de amigos na hora da doença e do parto, que as faziam procurar a Santa Casa⁶⁴⁰. A condição de pobreza, neste caso, não era dada somente pela falta de recursos financeiros, mas também, pelo abandono⁶⁴¹. Tornavam-se, assim, ao olhar daquela sociedade (da qual faziam parte, ou seja, não seria um olhar estranho, sendo também absorvido por aquelas mesmas mulheres), receptoras em potencial da caridade oferecida.

⁶³⁹ Não esquecendo do Hospital Nossa Senhora das Dores.

⁶⁴⁰ Tal como destacaram Nikelen Witter e Beatriz Weber, ao indicar que o principal centro de cuidados e tratamentos da saúde era a casa dos doentes, contando com o apoio familiar e/ou de amigos/pessoas próximas. WITTER, Nikelen Acosta. Op. cit. P. 90. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

⁶⁴¹ Tal como também pode se inferir a partir do Compromisso da SCMPA, em seu segundo artigo: “Art. 2.º - O seu principal fim, e verdadeira instituição é o estabelecimento de um hospital de caridade para nele se exercer, e praticar as obras da misericórdia de preferência com aqueles de nossos próximos, que por suas enfermidades curáveis, e por sua reconhecida pobreza, carecerem dos socorros e auxílios alheios, para não perecerem ao abandono e miséria em que a sorte os houver colocado”. COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867.

Sob outro viés de análise, para além da caridade, mas ainda tratando da visão da população sobre o hospital, há de se atentar que, apesar de ocasionar inúmeras mortes naquele período (e ainda hoje) as fases da gravidez, do parto e puerpério, possivelmente, não eram observadas, por aquelas mulheres, como momentos relacionados à doença, morte e, por consequência, ao hospital. Eram, acima de tudo, momentos vinculados à (geração da) vida. Neste contexto de percepção sobre o parto, mais uma vez trazendo a concepção do hospital do século XIX como um lugar para morrer, compreende-se por que o momento máximo de geração da vida seria realizado no local mais íntimo de convivência: na casa (e na cama) da parturiente, com o auxílio de familiares, parteiras e amigos. Logo, entende-se porque o hospital não se constituía, naquele período, como o local para a realização do parto, a não ser, para os casos em que esse, por complicações, pudesse conduzir ao óbito (tal como nos casos em que o trabalho de parto passava de um dia de duração e que, somente depois disso, um médico era chamado⁶⁴²).

Dessa maneira, invoca-se aqui o olhar da ciência médica, ao menos, a que era realizada em Porto Alegre, na Santa Casa de Misericórdia, em torno da obstetrícia e da ginecologia, para as mulheres pobres daquela população, mais especificamente, do grupo de médicos aqui analisados, a partir da década de 1890. Estes, de acordo com o observado, se mostravam atentos à realidade do meio em que estavam inseridos: seja a partir do quadro de internações do hospital em que prestavam seus serviços, onde quase não se viam parturientes ou; conforme também visto nesta pesquisa, cientes do que ocorria fora do hospital, por meio da identificação do alto número de mortes de recém-nascidos, bem como, possivelmente, de mulheres, durante o parto e puerpério⁶⁴³. Pensa-se assim (principalmente por meio das informações relatadas por Protasio Alves), que esta realidade se demonstrou como elemento essencial para o grupo de médicos analisado, quando da criação e realização do Curso de Partos na SCMPA. Desse modo, em outras palavras, pode ser entendido que o aspecto fundamental que suscitou tais ações por parte dos médicos não tenha sido identificado a partir do que ocorria no interior do hospital, mas sim, pela ausência⁶⁴⁴. Isto é claro, considerando também a realidade exterior a Pia Instituição, observada por aqueles médicos.

⁶⁴² Conforme identificado em vários relatos médicos contidos nos artigos da Gazeta Médica da Bahia.

⁶⁴³ De acordo com o observado no decorrer do texto, não descartando a hipótese de que o número de mulheres mortas por problemas decorrentes da gravidez, do parto e puerpério pode ter sido maior do que o observado pelos indicadores apresentados nessa pesquisa, dado o caráter generalista de algumas das causas registradas nos livros de óbitos.

⁶⁴⁴ Neste ponto, é importante para o pesquisador estar atento ao sentido da ausência dentro da realidade analisada.

E mais que isso, tais médicos identificaram que o hospital da Santa Casa, até o início da década de 1890, para além de não se constituir como um local de realização de partos e de não dispor de atendimento específico voltado para a medicina da mulher (contrariando o que a medicina científica produzia e incentivava por meio do ensino médico nas faculdades brasileiras), era um lugar onde a medicina dita científica praticamente não existia. Além disso, até o final da década de 1980, era lócus de atuação de apenas um ou, no máximo, dois médicos. Se já havia, nos primeiros anos da década de 1890, a partir da reunião daquele novo grupo de médicos, planos para a criação de uma faculdade de medicina em Porto Alegre, o que se realizaria de fato nos últimos anos do século XIX, não é possível saber. Por meio do que foi examinado, o certo é que, com a ascensão dos médicos aos maiores cargos administrativos da SCMPA, desencadeou-se processo de intensa modificação do hospital, de acordo com os “preceitos científicos” da medicina, seguidos (e assim denominados) por aqueles homens.

Muito possivelmente, para aqueles médicos, considerando os projetos que tinham em mente, o hospital da Santa Casa era muito mais do que um lócus de ação da caridade e de cura para os pobres da cidade. Passava a se conformar como uma espécie de laboratório para os empreendimentos científicos por eles desenvolvidos, e ainda, um lugar de união e de fortalecimento da classe profissional, o que se intensificaria com a criação da Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre. E isso não seria uma peculiaridade da cidade de Porto Alegre, pois situação semelhante já se desenrolava, há muitos anos, nos hospitais das Misericórdias das cidades do Rio de Janeiro e de Salvador, que serviam para a prática do ensino e das pesquisas desenvolvidas pelas faculdades, professores e pesquisadores, de ambas as cidades. Realidade esta, certamente observada e vivida pelos médicos porto-alegrenses quando lá estudaram. Nota-se, assim, que uma medicina científica em determinado local, neste caso Porto Alegre, não se produz somente depois do estabelecimento de uma faculdade: ela já deve existir, ao menos de forma embrionária, para a sua institucionalização. Desse modo, para aqueles médicos, seria também interessante que a Santa Casa de Porto Alegre se adequasse aos interesses daquela ciência que se fazia incipiente naquela cidade.

Neste ínterim, o hospital também passou a ser visto, por aquele grupo de médicos, como local destinado à realização de partos, bem como, ao tratamento de mulheres. E, muito possivelmente, era essa a visão que os médicos tentavam construir para a população, e ainda mais, para as mulheres pobres da cidade. Decorrentemente, em outro sentido, o hospital da Santa Casa, com aquelas modificações, passava a observar as mulheres pobres não somente

como merecedoras da caridade nos piores e/ou últimos momentos de vida. Desvelava-se uma preocupação maior com a saúde das mulheres, mesmo que de forma indireta, ao procurar estudá-las e ao tentar diminuir a mortalidade (da mãe e da criança) decorrente do período gestacional, do parto, ou ainda, dentre os recém-nascidos e primeiros anos de vida. E como visto, tais fatores constituíam algumas das maiores preocupações do diretor de higiene do Rio Grande do Sul e também diretor da enfermaria de ginecologia e obstetrícia da Santa Casa, Dr. Protasio Alves⁶⁴⁵.

Nesse sentido, com o surgimento e estabelecimento de uma medicina institucionalizada e que pretendia se tornar científica em Porto Alegre⁶⁴⁶, não deve parecer estranho que aquele mesmo grupo de médicos também se ocupasse em tentar diminuir as maiores causas de mortalidade da cidade, entre elas, conforme aqui demonstrado por inúmeros indicadores quantitativos, os óbitos fetais, infantis e das mulheres, por meio da obstetrícia e da ginecologia. Felizmente, tal interesse serviu para salvar vidas, principalmente no período do parto, momento esse que, conforme visto, por questões de higiene e vários outros problemas, ceifava a vida de vários recém-nascidos e, possivelmente, de muitas mulheres pobres da população⁶⁴⁷. Desse modo, se a Santa Casa era um local, do ponto de vista social e também cultural daquela sociedade destinado às mulheres pobres e desassistidas, esse mesmo segmento populacional se tornaria, quase que fluentemente pelas circunstâncias específicas daquele meio, como o grupo de mulheres focado por aquela medicina em Porto Alegre.

Por meio das ações médicas realizadas a partir da década de 1890, a Santa Casa, através da sua nova disposição física e organização funcional (mesmo de forma precária em termos materiais e financeiros), passaria a preocupar-se, para além das distinções entre classe de internação e sexo, com especialidades médicas e com as particularidades das doenças. Somente nessa fase é que seria criada uma enfermaria de ginecologia e obstetrícia, bem como, as enfermarias para tuberculosos, entre outras. Nesse sentido, é importante ressaltar que as medidas implantadas na Santa Casa em torno da obstetrícia e ginecologia não trouxeram benefícios somente para a prática do parto ou para o tratamento de doenças ginecológicas.

⁶⁴⁵ Aliás, a medicina de um modo geral, naquele contexto, conforme observado em diversos artigos dos periódicos médicos analisados, demonstrava-se como peça-chave para a diminuição da mortalidade, que tanto impedia o crescimento populacional (que por sua vez estava intrinsecamente ligada ao crescimento econômico por meio da força de trabalho).

⁶⁴⁶ Considerando também a criação da Sociedade Médico-cirúrgica Rio-Grandense e da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, para além da Revista Médica de Porto Alegre.

⁶⁴⁷ Conforme observado nos relatos médicos (Gazeta Médica da Bahia, principalmente), pela falta de preparo das parteiras que, muitas vezes, sequer lavavam as mãos para a realização do parto.

Muito além, em um nível mais amplo dentro do hospital, representaram melhorias no tratamento oferecido às mulheres e, conseqüentemente, a queda no número de óbitos na Instituição (vide gráfico 11) e o aumento no número de internações. E ainda, enfocando a obstetrícia, ressalta-se que já na metade da década de 1890 o número de mulheres que procurava a Santa Casa para a realização do parto subiu de maneira abrupta (em relação à década anterior, apesar de ainda se demonstrarem como números não expressivos em relação ao todo populacional).

Nota-se, assim, que não foi somente o hospital, a partir de seu corpo de médicos e das mudanças empreendidas no interior daquela Instituição, que passou a observar as mulheres pobres de forma diferenciada. Estas possivelmente, de outra maneira, talvez de acordo com as pretensões daqueles médicos, passaram a ver a Santa Casa, gradualmente e lentamente, não mais como um local simplesmente relacionado à morte e de obtenção do mínimo proporcionado pela caridade aos pobres e abandonados, mas também de cura, assistência médica e maior segurança para a realização do parto. Dado, ainda, que a partir daí, passando pela virada do século e invadindo o século XX, seria cada vez mais comum a presença de mulheres na Santa Casa, e mais ainda, procurando-a para a realização do parto.

Entretanto, importante destacar que não se pretende aqui romantizar ou heroicizar o papel dos médicos que conduziram as modificações na Santa Casa, identificadas nesta pesquisa. Logo, há de se identificar as várias faces daquela realidade. Como parte daquele contexto, observou-se que a ideologia em torno da maternidade e do papel da mulher na sociedade, que se ligava ao desenvolvimento daquela especialidade médica, acabava por idealizar padrões de comportamento específicos que deveriam ser seguidos pelas mulheres. O não enquadramento dentro daquele arquétipo, desviando-as da função tida como *natural* da mulher, também poderia ser observado pela medicina como resultado de uma patologia. Neste sentido, como foi observado na segunda parte desta pesquisa, a ciência da obstetrícia e da ginecologia desenvolvia-se atrelada, para além das diferenças de gênero que definiam o papel social ideal das mulheres, também a distinções étnico-raciais e de classe. As mulheres pobres (e de forma mais acentuada as mulheres pobres que não fossem concebidas como *brancas*), que por sua condição não poderiam se dedicar somente à criação dos filhos, devendo prover, muitas vezes, o sustento de toda a família por meio do trabalho, não se enquadrariam, *a priori*, no papel ideal estabelecido.

Com a ciência médica se ocupando cada vez mais sobre aquelas diferenças (e de forma acentuada, a medicina obstétrica e ginecológica, conforme visto), pode se pensar que tais

mulheres seriam observadas como os principais alvos para os estudos e intervenções científicas dentro daquelas especialidades. E nesse sentido, tendo como enfermas as mulheres mais pobres da cidade, a Santa Casa se constituiria como o local ideal para a condução dos estudos almejados por aquela ciência. Nesse contexto, com a maior preocupação em torno da obstetrícia e da ginecologia, aquele hospital, seus médicos e a ciência que lá se desenvolvia, muito possivelmente estariam permeados por aquela ideologia na realização de seus trabalhos, bem como, poderiam também visualizar as mulheres pobres lá internadas como material humano para os seus estudos. Porém, conforme trazido durante o texto, não existem registros mais diretos, ao menos durante o século XIX, sobre como aqueles médicos conduziam as suas pesquisas e observavam, desse modo específico, as mulheres e os casos estudados.

Logo, ao avaliar as questões levantadas a partir do todo examinado, há de se relativizar o quanto essa visão social idealizada da mulher, aliada aos preconceitos étnico-raciais, de classe e gênero, foi um fator presente na realidade prática da interação entre os médicos da Santa Casa e as mulheres pobres de Porto Alegre⁶⁴⁸. Aprofundando a questão, identificou-se que ao longo do século XIX ocorria o afastamento quase que generalizado das mulheres em relação ao hospital. Porém, antes de se inferir que tal fenômeno seria resultado de uma percepção ou resistência das mulheres em relação àquela visão idealizada e preconceituosa por parte dos médicos, é importante lembrar que o distanciamento do hospital se dava mais pela cultura de se curar ou parir em casa, ao lado dos familiares e amigos, e também, por identificá-lo como lugar de abandono e morte. E ainda há de se considerar que, com o final do século XIX e início do XX, as mulheres passariam cada vez mais a procurar o hospital.

Desse modo, ao se verificar a aproximação feminina do hospital, é difícil concluir que as mulheres observassem a Santa Casa, os médicos e a medicina que lá se realizava (direcionada para as mulheres), como voltados simplesmente para a disciplinarização e estigmatização de suas vidas e corpos. Pode se pensar sim, que aquele local passou a ser visto, de maneira lenta e progressiva, como o lugar mais indicado para a procura da cura e realização do parto. Isso devido, não se pode negar, às ações realizadas pelos médicos: seja por meio de melhorias no interior do hospital, pelas formas encontradas de se aproximarem da

⁶⁴⁸ Nesse ponto, trazendo para o exame o sentido destacado por Edler e Weber (identificado anteriormente nesta dissertação, quando tratada da posição teórica da pesquisa), a fim de se analisar até que ponto o ideário médico de dominação e discriminação a partir do gênero, da classe e de fatores étnico-raciais, influenciaram na realidade prática da medicina junto à população. EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. P.174. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

população e, não se pode deixar de mencionar, pelo fortalecimento da classe, que oportunizou a implantação das demais ações mencionadas.

Tratava-se, assim, de uma campanha médica que visava fincar raízes em Porto Alegre, buscando cativar a confiança da população (e no caso específico aqui examinado, das mulheres), tendo como principal locus de atuação, antes da criação da Faculdade de Medicina, a Santa Casa de Misericórdia. Entretanto, não se pode dizer que os médicos e os preceitos da medicina por eles seguidos, nesse projeto, deixavam de lado as formas discriminatórias anteriormente mencionadas. Conforme examinado nesta pesquisa, a discriminação existia, mas ficava situada muito mais nas discussões internas daquela ciência, em seus artigos científicos e teses. No campo da prática e interação com as mulheres, conforme foi possível observar nesta pesquisa, considerando a deficiência de fontes nesse sentido, mas levando em conta vários casos práticos relatados nos artigos médicos e, ainda, as poucas pistas deixadas pelos médicos da Santa Casa, tal situação ocorreria de modo muito discreto, maquiada nos traços que compuseram aquele determinado contexto.

E finalmente, de acordo com tudo o que foi analisado e refletido nesta pesquisa, torna-se importante retornar ao pensamento de Hesse⁶⁴⁹ (sobre a importância de se observar cada processo dentro do seu contexto específico), relacionando-o ao *quase paradigma* teórico existente entre os estudos acadêmicos que se ocuparam da medicina da mulher no século XIX. Conforme visto por meio de várias pesquisas, construiu-se a ideia de que a medicina da mulher esteve, desde seu início, acentuadamente voltada para objetivar e disciplinar corpos femininos (orientada por projeto higienista político, com viés economicista), como se esse tivesse sido o projeto principal, em torno da criação daquela especialidade médica. Não se nega aqui que esta intenção era real, porém, não se quer dizer que fosse a única e/ou principal, ou ainda, que realmente tenha se efetivado na prática.

Mas mais que isso, nessas investigações, em grande parte das vezes, não são consideradas diferenças sociais para além do gênero, intrínsecas àquela sociedade. Deixa-se de lado, assim, boa parte da complexidade histórico-social inerente ao contexto em que o processo de desenvolvimento da medicina da mulher teria ocorrido. Além disso, com este enfoque investigativo, esqueceu-se ou foram deixados de lado vários outros aspectos que faziam parte daquele processo e que estavam em jogo naquela realidade específica, para além de um projeto de disciplinarização social dos corpos.

⁶⁴⁹ Trazido em epígrafe na primeira parte da dissertação.

E a pesquisa aqui apresentada, dentro das suas limitações, sem esquecer ou menosprezar o lado mais voltado para a disciplinarização, e mais, das diferentes formas de estigmatização das mulheres e de seus corpos físicos e sociais, tentou trazer à tona e analisar mais detidamente alguns desses elementos constitutivos da medicina da mulher na Santa Casa de Porto Alegre, tais como: os objetivos daquela ciência na forma de conduzir suas pesquisas, baseada nas diferenças de gênero, étnicas e de classe; a forma como a medicina acadêmico-científica (e em decorrência, a medicina da mulher) se dava de forma prática no Brasil, tornando os hospitais das Misericórdias (que eram destinados quase que exclusivamente aos pobres das cidades) locais específicos para a realização de suas pesquisas, ações e aproximação da população; o quadro da mortalidade do período e; por fim, as condições de saúde das mulheres internadas no hospital da Santa Casa (e da cidade de Porto Alegre), naqueles anos. Dessa maneira, considerando uma série de circunstâncias em cenário e período delimitados, procurou-se aqui, acima de tudo, aproximar a análise sobre esses aspectos de forma relacionada com a realidade dos principais sujeitos envolvidos.

FONTES PRIMÁRIAS

JORNAIS

GAZETINHA (década de 1891 até 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História - UFRGS

A GAZETA DE PORTO ALEGRE (1880 - 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS.

A FOLHA NOVA. Rio de Janeiro. 10 nov. 1883. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

GAZETA NACIONAL. Rio de Janeiro, 6 mar. de 1888. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

O PAIZ. Rio de Janeiro. 27 nov. 1890. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

A PROVÍNCIA DE MATTO-GROSSO. Matto-Grosso. 23 out. 1887. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

CORREIO DO POVO (1895 - 1900)
Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa

O PANORAMA, Jornal Literário e instrutivo da Sociedade Propagadora dos conhecimentos úteis. Lisboa: Tipografia da Sociedade, 1839. V.3 , p. 178. Disponível em [<http://books.google.com.br>]

DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS

Diversos

ALMANAQUE LAEMMERT. 1844-1889. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre 2010 e 2012.

ALMANAQUE LAEMMERT. 1897. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

ANNUARIO ESTATISTICO DO BRAZIL 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011.

CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. de 2010.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Conceitos e definições. Estatísticas do século XX. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em [<http://www.ibge.gov.br/seculoxx/>]. Acesso em abr. de 2010.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v.2, 1936. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível na forma de planilhas em [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em abr. de 2011.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul* – Censos do RS 1803-1950. Porto Alegre, 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011.

INSTRUÇÕES PARA O SEGUNDO RECENSEAMENTO DA POPULAÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1890. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011.

RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE. Estado do Rio Grande do Sul. *Pergaminho Nominata Diretores do Hospício/Hospital São Pedro*. Disponível em: [<http://www1.saude.rs.gov.br/>]. Acesso em out. 2011.

Decretos e Leis

DECRETO Nº 791, DE 27 DE SETEMBRO DE 1890. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br>].

DECRETO N. 169 - DE 18 DE JANEIRO DE 1890. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

DECRETO N. 9554 - DE 3 DE FEVEREIRO DE 1886. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

DECRETO N. 10.044 - DE 22 DE SETEMBRO DE 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

DECRETO N. 9.886 - DE 7 DE MARÇO DE 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

DECRETO N. 5604 - DE 25 DE ABRIL DE 1874. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

DECRETO N. 4835 - DE 1 DE DEZEMBRO DE 1871. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DECRETO N. 3.069 - DE 17 DE ABRIL DE 1863. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DECRETO N. 1.144 - de 11 de Setembro de 1861. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DECRETO N. 1431 de 28 de agosto de 1867.
[\[http://archive.org/stream/coleodasleis16brazgoog/coleodasleis16brazgoog_djvu.txt\]](http://archive.org/stream/coleodasleis16brazgoog/coleodasleis16brazgoog_djvu.txt). Coleção de leis do Brasil. Acesso em nov. 2011.

DECRETO N° 907, DE 29 DE JANEIRO DE 1852. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DECRETO N° 797, DE 18 DE JUNHO DE 1851. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DECRETO N° 798, DE 18 DE JUNHO DE 1851. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [\[http://www.jusbrasil.com.br/diarios\]](http://www.jusbrasil.com.br/diarios).

LEI N° 586 - DE 6 DE SETEMBRO DE 1850. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

LEI N. 1829 - DE 9 DE SETEMBRO DE 1870. Disponível em [\[http://www.lexml.gov.br\]](http://www.lexml.gov.br).

LEI N° 2040 de 28 de setembro de 1871. LEI DO VENTRE LIVRE. Disponível em: Banco de Leis [\[http://www.jurisway.org.br/\]](http://www.jurisway.org.br/). Acesso em nov. 2009.

Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

ARAÚJO, Silva. Prophylaxia Publica da Syphilis: discursos e extractos de discursos pronunciados na Academia Nacional de Medicina, em 1890. Rio de Janeiro: Cia Typographica do Brazil, 1891. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d.

FERRAZ, Costa. Da regulamentação da prostituição: sessão de 6 de fevereiro de 1890. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert & C. 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d.

MAGALHÃES. José Lourenço de Magalhães. Questões de Hygiene: artigos publicados no Jornal do Comércio. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d.

MONTEIRO, Severiano Bráulio. O cholera morbus e seo contagio. Montevideo: El Laurak-Bat, 1887. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d.

PRIMEIRO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA (RIO DE JANEIRO). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1888.

REGULAMENTO DA DIRECTORIA GERAL DE HYGIENE E ASSISTENCIA PÚBLICA: prefeitura do Districto Federal (incluindo outros documentos). Rio de Janeiro, 1896.

REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1891.

REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d.

RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886).

SEGUNDO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA: Medidas de saneamento para o Rio de Janeiro e outras cidades do Brazil (RIO DE JANEIRO). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1889.

TERCEIRO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA (BAHIA). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1890.

VACINA: trabalhos diversos sobre varíola. Século XIX e início do XX.

Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

RELATÓRIO D.E.S. 1940. (de 1896 a 1900). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894).

SIE 3002 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1894). Relatório da Inspeção de Higiene do Rio Grande do Sul.

SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). Relatório da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

Arquivo Nacional

Fundo IS – Saúde

IS¹ - Relatórios

IS² - Inspeções gerais de saúde pública

IS2 – 02

IS2 – 03

IS2 – 07

IS2 - 08

IS4 – Higiene e saúde pública; Inspeção de saúde dos portos; De diversas províncias do Brasil.

IS4 – 38

IS4 - 39

DICIONÁRIOS/GUIAS MÉDICOS

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *A grande farmacopéia brasileira - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1996. v. 1 (Reconquista do Brasil 2ª série)

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulario e guia medico*. 1. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1892. 1541 p.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris : A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872.

LANGAARD, Theodoro J. H. *Arte obstétrica de tratado dos partos*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1879.

PLATEN, M. *O novo methodo de curar: Manual de hygiene* (Terceira parte: as moléstias e seu tratamento). 1. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1903. 3 v.

PERIÓDICOS MÉDICO-CIENTÍFICOS

GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acesso em nov. de 2011.

O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (anos: 1888, 1892, 1894, 1895): Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

A MAI DE FAMÍLIA: Educação da Infância, Higiene da Família. Rio de Janeiro: Lombaerts & Comp. 1882-1888. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

TESES MÉDICAS

ABREU, Maurílio Tito Nabuco de. *Da histeria no homem*. Doutorado, Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

ABREU, Paulo Pompilio. *Da syphilis na mulher*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina da Bahia, 1914. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz: Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

ACADEMIA SUL-RIO-GRANDENSE DE MEDICINA. Edmundo Berchon Des Essarts. Disponível em [<http://www.academiademedicinars.com.br>]. Acesso em abr. 2011.

ARAUJO, Basílio Magno. *Modificacções anatomo-fisiologicas da prenhez*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1884. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

BUENO, Cornélio Goulart Villela. *Nephrite Parenchymatosa*. Dissertação (cadeira de Pathologia Medica, Faculdade de Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CAMILLO, Alexandre Augusto d' Almeida. *O onanismo na mulher: sua influência sobre o physico e o moral*. Dissertação (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CARVALHO, João Correia de Souza. *Das formas clinicas da endometrite e seu tratamento*. Dissertação (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1885. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CRESPO, Julio Augusto Camacho. *Mecanismo do parto nas apresentações de face*. Tese (cadeira de Obstetrícia, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

FERREIRA, Justo Janse. *Do parto e suas consequencias na especie negra*. Tese (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

FRAGOSO, João Baptista. *Da febre Typhoidéa*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina da Bahia, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

HECKER, José. *Crítica e saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

DOCUMENTOS DO ACERVO DO CENTRO HISTÓRICO-CULTURAL SANTA CASA (CHC)

COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Documentação avulsa das Irmãs Franciscanas. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 ao N.º 19 (1880 – 1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE N.º 11, 1882 – 1900. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 E 6, 1883 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 6, 1885 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVROS DE PORTA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1890 – 1900). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

DOCUMENTOS DO ACERVO BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE PORTO ALEGRE - ARQUIVO DO MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA (MUHM) DE PORTO ALEGRE.

INVENTÁRIO DOS MÓVEIS, UTENSÍLIOS E TODOS OS MAIS OBJETOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina (MUHM) de Porto Alegre.

LIVRO DE REGISTRO DE ENTRADAS & CONSUMOS DE COMESTÍVEIS E MOVIMENTO DOS DOENTES. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina (MUHM) de Porto Alegre. 1861-1865.

LIVRO DOS ENTRADOS PARA A ENFERMARIA DO HOSPITAL, 1880 – 1893. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RECEITA E DESPEZA DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1888-1894. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 E 1900. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RESUMO HISTÓRICO DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1854 – 1904. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

- A EXPERIÊNCIA DOS AFRICANOS E SEUS DESCENDENTES NO BRASIL. *Grupo de Pesquisa CNPQ*. Disponível em: [<http://www.escravidaoeliberdade.com.br>].
- ACADEMIA RIO-GRANDENSE DE LETRAS. Patrono Apolinário Porto Alegre. Cadeira n. 06. Disponível em: [<http://www.arl.org.br/>]. Acesso em out. 2011.
- ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Escravos e Proletários. *Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo, n.21, 1988.
- _____. (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v.
- ALMEIDA, Pires. *Guia da mulher pejada: preceitos higiênicos*. Precedidos do calendário da prenhez. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Imp. H. Lombaerts & C., 1895.
- ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Grammars of death: an analysis of nineteenth-century literal causes of death from the age of miasmas to germ theory. In *Social Science History*, V. 28, n. 1, spring 2004, pp. 111-143.
- ANDRADE, Stela Cabral de; VEIGA, Cynthia Greive. A condição de ser mulher civilizada na Revista A Mãe de Família. *III Congresso Brasileiro de História da Educação - PUCPR*. Curitiba: 2004.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.
- ARAÚJO, Thiago Leitão de. *Novos Dados sobre a Escravidão na Província de São Pedro*. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011.
- AREND, Sílvia Maria Favero. *Um olhar sobre a família popular porto-alegrense (1896-1906)*. Porto Alegre: UFRGS, 1994. 178 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. In: Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005. p.13-40.
- AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2006; 81(2):111-26.
- ÁVILA. Vladimir Ferreira de. “*Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900)*”. 2010. 201 f. Dissertação (Mestrado em História). – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [2010]. p. 159 (nota de rodapé 420).

- AZEVEDO, Antonio Carlos do Amaral. *Dicionário de nomes, termos e conceitos históricos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- AZZI, Riolando. O Episcopado do Brasil frente ao catolicismo popular. Petrópolis: Vozes, 1977. p. 9.
- BAKHTIN, M. M. *A cultura popular na idade média e no renascimento: O contexto de Francois Rabelais*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BANN, Stephen Bann. *As invenções da história: ensaios sobre a representação do passado*. São Paulo: Editora UNESP, 1994.
- BANTON, Michael. *A ideia de raça*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 5. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 340 p.
- BARMAN, Roderick; BARMAN, Jean. The Prosopography of the Brazilian Empire. *Latin American Research Review*. Washington D. C., 13 (2): 78-97, 1978.
- _____. The Role of the Law Graduate in the Political Elite of Imperial Brazil. *Journal of Inter-American Studies and World Affairs*. Miami, 18 (4): 423-450, nov. 1976.
- _____. Uma nobreza no Novo Mundo: a função dos títulos no Brasil Imperial. *Mensário do Arquivo Nacional*. Jun. 1973. P. 4-21.
- BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 – 1851)*. 2005. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, [2005].
- BARROS, José D'Assunção Barros. *O campo da história: especialidades e abordagens*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. IV, n. 3 (nov. 1997- fev. 1998). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1997-1998.
- BARTH, Fredrik. Scale and Network in Urban Western. In. BARTH, Fredrik (ed.). *Scale and Social Organization*. Oslo: Universitetsforlaget, 1978. BARTH, Fredrik. *Process and form in social life. Selected essays of Fredrik Barth: volume I*. London: Routledge & Kegan Paul, 1981.
- BECKER, Howard S. Falando sobre a sociedade. In Becker, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, p.135-152.
- _____. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.
- BEEMER, Jeffrey K. Dianostic Prescriptions: shifting Boundaries in nineteenth-century disease and cause-of-death classification. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 307-340.

BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

_____. *Do Pasteur dos microbios ao Pasteur dos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*, Niterói, Tese de doutoramento (Curso de Pós Graduação em História) Universidade Federal Fluminense, 1996.

BELLO, José Maria. *História da República (1889-1954)*. 5.ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1964;

BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma. Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. 2002. 400f. Tese (Doutorado em História). Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. [2002].

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Robert Koch. Disponível em: [<http://www.bvsalut.coc.fiocruz.br>]. Fiocruz. Acesso em maio 2011.

BILHÃO, Isabel. *Identidade e trabalho: uma história do operariado Porto-Alegrense (1898-1920)*. Londrina: EDUEL, 2008.

BLOG DA DRA. GLACI (Assuntos relacionados a história da Homeopatia e da Medicina em geral). *Pioneiros da homeopatia - Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho - Porto Alegre 1845-1923*. Disponível em [<http://glaciblog.blogspot.com>]. Acesso em nov. 2011.

BLOCH, Marc Léopold Benjamin. *Introdução à historia*. Mira-sintra: Publicações Europa-América, 1965. 179 p.

BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria e Pesquisa*. N.47, jul. - dez. 2005.

BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a idéia de região [1978]. In: *O poder simbólico*. Lisboa: DIFEL, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p. 107-132.

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOTELHO, Tarcisio R. Censos e construção nacional no Brasil Imperial. In: *Tempo Social - Revista de sociologia da USP*. São Paulo. Jun. 2005. vol.17 n.1. p. 321-341.

_____. *População e nação no Brasil do século XIX*. São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1998.

BOXER, Charles R. *O império marítimo português (1415-1825)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

BRITTO, Victor de. *Gaspar Martins e Júlio de Castilhos: estudo crítico de filosofia política*. Porto Alegre: Livraria Americana, 1908.

BRIZOLA, Jaqueline Hasan. *Cativeiro e moléstia: a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o perfil de escravos enfermos no contexto do fim do tráfico negreiro no Brasil (1847-1853)*. 2010. 61f. Monografia (Licenciatura em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

BURKE, Peter. *O que é história cultural?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____(org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

BURKE, Peter. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

_____. *História como alegoria*. In: Estudos Avançados 9 (1995).

_____. *Veneza e Amsterdã: um estudo das elites do século XVII*. São Paulo, Brasiliense, 1991.

CABRAL, Oswaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatães do passado*. 1. ed. Florianópolis: [s.N.], 1942.

CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Mensuração racial e campo estatístico nos censos brasileiros (1872-1940): uma abordagem convergente. *Boletim do Museu do Pará Emílio Goeldi*. Ciências Humanas, Belém, v. 4, n. 3, p. 361-385, set.- dez. 2009.

CAMARGO, Luís Soares de. Viver e morrer em São Paulo. A vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX. 2007. 552 f. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [2007].

CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006.

CARPENTER, Siri. Sutilezas do preconceito. *Mente & cérebro*. Ano XVI. N. 196. p. 54-61.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências e Saúde* - Manguinhos, vol.III (3), nov. 1996 – fev. 1997.

CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

CASTRO, Francisco de. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [\[http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br\]](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br).

- CASSIANO, Helena Maria de Castro. *O par saúde-doença no cotidiano da cidade moderna: Goiânia e as práticas alternativas de cura (finais do século XX – Primórdios do século XXI)*. 2008. 179 f. Tese (Doutorado em História). Universidade de Brasília, [2008].
- CAVALCANTE, Else dias de Araújo. *Sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890)*. 2003. 169 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso, [2003].
- CENTRO HISTÓRICO-CULTURAL DA SANTA CASA. *Africanos na Santa Casa de Porto Alegre: óbitos dos escravos sepultados no cemitério da Santa Casa (1850-1885)*. Porto Alegre: EST, 2007.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- _____. *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Époque*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- CHALHOUB, Sidney; PEREIRA, Leonardo Lima. *A história contada*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.
- CHARPE, Jim. A história vista de baixo. In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992. p. 39 - 62.
- CHARTIER, Roger. Entrevista. *Pós-História*. Assis, v.7, p.11-30. São Paulo, 1999.
- _____. O mundo como representação. *Estudos Avançados*, vol.5, n.11, Jan./Abr. São Paulo, 1991.
- CIRNE-LIME. *Árvore da Família Cirne Lima: Amedeo Machado Masson*. 2005. Disponível em: [<http://www.cirnelima.org/>]. Acesso em nov. 2011.
- CLEGG, Frances, *Estatística Para Todos: um Manual Para Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1995.
- COMISSOLI, Adriano. *Perpetuação e continuidade: estratégias familiares e redes de poder da elite sul Rio-Grandense no início do século XIX*. I Colóquio de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco: Brasil e Portugal: nossa história ontem e hoje. UFRPE, Recife, Pernambuco, Brasil. Out. 2007.
- CONI, A. C. *A Escola Tropicalista Baiana: Paterson, Wucherer, Silva Lima*, Salvador: Tip. Beneditina, 1952.
- COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: BUESCU, M. & PELÁES, C. M. (coord.). *A moderna história econômica*. Rio de Janeiro, APEC, 1976, p. 115-127.

- CONSTANTINO, Núncia Santoro. O que a micro-história tem a nos dizer sobre o regional e o local? *História Unisinos*. Dossiê teoria e metodologia da História. Vol. 8, nº 10, jul./dez. p. 157-178.
- COSTA, Emília Viotti da. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. 7. ed. São Paulo: UNESP, 1998. 490 p.
- CSORDAS, Thomas. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008. 463 p.
- DAMASCO, Bárbara; SANGLARD, Gisele. *Filantropia e saúde nos hospitais da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1909-1929)*. In: 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/barbara_silva.pdf
- DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [\[http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br\]](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br).
- DISCURSOS DO PROFESSOR FRANCISCO DE CASTRO. Prefácio do Dr. Ruy Barbosa. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères, 1902.
- DR. NICANOR LETTI. História da Faculdade de Medicina da UFRGS. Disponível em: [\[http://antoniovalsalva.blogspot.com.br\]](http://antoniovalsalva.blogspot.com.br). Acesso em set. 2011.
- DREHER, Sofia Cristina. *Sobre a dignidade humana no processo de morrer*. 2008. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2008].
- DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Coord.). *Historia das mulheres no ocidente*. 1. ed. Porto: Afrontamento, 1990. 1 v.
- DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. 19.ed. São Paulo: Nacional, 1995.
- ENGEL, Magali Gouveia. Gênero e política em Lima Barreto. *Cadernos Pagu*. N. 32. Campinas Jan./June 2009.
- SILVEIRA, Éder. *A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-rio-grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005. p.136-137.
- EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [\[http://asclepio.revistas.csic.es\]](http://asclepio.revistas.csic.es), acesso em 01 de nov. 2011.
- _____. *A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1999.
- _____. A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: HEIZER, Alda, VIDEIRA, Antônio Augusto Passos (orgs.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access Editora, 2001.

EDLER, Flávio Coelho. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Tese de mestrado, FFLCH-USP, Departamento de Pós-graduação em História, São Paulo, 1992.

ENGEL, Magali. *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1989, 1ª edição, 149p.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2002; MARTINS, Ana Luiza. *O despertar da República*. São Paulo: Contexto, 2001.

FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In. CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.

FERREIRA, Tania Maria Tavares Bessone da Cruz. *História e prosopografia*. X Encontro Regional de História – ANPUH-RJ. História e Biografias. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

FERTIG, André; ROUSTON, Eduardo Junior. A oposição federalista na assembleia dos representantes: análise de algumas lideranças políticas. *Revista Historiador*. Número 02. Ano 02. Dezembro de 2009. Disponível em: [<http://www.historialivre.com/revistahistoriador>].

FLORES, Moacyr. *Dicionário de história do Brasil*. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. _____. A casa dos expostos. Porto Alegre. *Estudos Ibero-americanos*. 1985, XI, (2) dez., 49-59.

FONSECA, Maria R. F. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. Vol.9 (suplemento): p.275-88, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Historia da sexualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 3 v.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. Michel. Nascimento do hospital. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 99-111.

_____. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 79-98.

FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*. Porto Alegre: Santa Casa Complexo Hospitalar, 2003. 195 p.

FRANKENBERG, R. *Your Time or Mine: temporal Contradictions of Biomedical Practice*. In. FRANKENBERG, R. *Time, health & Medicine*. Londres, Sage Publications Ltd, 1992.

FREIRE, Maria M. de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

G1.GLOBO. *Parto em casa divide especialistas*. Disponível em [<http://g1.globo.com>]. Jul. 2012.

GARNIER, P. *Hygiene da geração: impotência physica e moral no homem e na mulher*. Rio de Janeiro: Garnier, 1892.

GERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 1^a ed. 1973.

GILL, L. A. . *José Calero e Protásio Alves: dois médicos na perseguição de um mesmo objetivo: construção de um lugar adequado para o tratamento dos tuberculosos*. In: VIII Encontro Estadual de História, 2006, Caxias do Sul. VIII Encontro Estadual de História - História e Violência, 2006. p. 1-10.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Cia. das letras, 1989. p.152 e 177.

GINZBURG, Carlo. Apêndice — Provas e possibilidades (Posfácio a Natalie Zemon Davis, O retorno de Martin Guerre) I. In GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros. Verdadeiro, falso, fictício*. Tradução de Rosa Freire d'Aguiar e Eduardo Brandão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GOMES, Edgar da Silva. Nascimento, Educação, Matrimônio e Morte: Algumas das Questões em Disputa na Gênese Republicana Brasileira entre Estado e Igreja. *XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão*. ANPUH/SP-USP. São Paulo, 08 a 12 de setembro de 2008. Cd-Rom.

GOMES, Edgar da Silva - *A Separação Estado - Igreja no Brasil (1890): uma análise da pastoral coletiva do episcopado brasileiro ao Marechal Deodoro da Fonseca*. Dissertação (Mestrado em Teologia Dogmática com concentração em História Eclesiástica). Centro Universitário Assunção Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção de São Paulo, 2006.

GOODE, William Josiah; HATT, Paul K. *Métodos em pesquisa social*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1968. 488 p.

GORDON, Linda. U.S. Women's History. In *The new american history*. United States of America: Temple University. 1990.

GRAHAM, Mooney. Diagnostic Spaces: workhouse, hospital, and home in Mid-Victorian London. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 357-390.

GRANDE ORIENTE DO RIO GRANDE DO SUL. História do GORGS. Retirado do Jornal "O Continentino". Edição História, Centenário do GORGS (1893-1993). Disponível em: [<http://www.gorgs.org.br/>]. Acesso em out. 2011.

GRIJÓ, Luiz Alberto *et al.* *Capítulos de história do Rio Grande do Sul*. Porto alegre: UFRGS, 2004. 398 p.

GUIA DE APRESENTAÇÃO DE TESES. Tabelas, quadros e figuras. 2ª ed. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: [<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br>]. Acesso em jan. 2012.

GUIMARÃES, M. R. C.: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago. 2005.

HAKKERT, Ralph. *Fontes de dados demográficos*. Belo Horizonte, 1996. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

HEREDIA, Isidro; FARIA, Tasso Vieira de. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: FRANCO, Álvaro e RAMOS, Senhorinha M. (Orgs.). *Panteão médico riograndense*. Síntese cultural e histórica. Progresso e evolução da medicina no Rio Grande do Sul. São Paulo: Ramos, Franco Editores, 1943.

HESPANHA, Antonio Manuel. *Imbecillitas: as bem-aventuranças da inferioridade nas sociedades de Antigo Regime*. São Paulo: Annablume, 2010.

HESSE, Hermann. *O lobo da estepe*. BestBolso: Rio de Janeiro. 2010.

HISTORIADELAMEDICINA.ORG: História de la Medicina – Biografias. Valência, Espanha. Disponível em: [<http://www.historiadelamedicina.org/>]. Acesso em mar. 2011.

HISTÓRICO DO COLÉGIO SÃO JOSÉ. Colégio São José. Disponível em: [<http://www.saojosesl.com.br>]. Acesso em out. de 2010.

HOBBSAWM, Eric. J. *A era dos impérios 1875-1914*. 10.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

_____. J. *Sobre história*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. *Nações e nacionalismo desde 1780*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

HOUBRE, Gabrielle. A propósito da história das mulheres e do gênero: entrevista com Gabrielle Houbre. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(2): 264, maio - ago. 2004.

IHU. O parto domiciliar deve ser proibido? Sim. O risco das complicações inesperadas. 11 ago. 2012. *Jornal IHU*. Disponível em: [<http://www.ihu.unisinos.br/>]. Acesso em ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2010.

JOHNSON, Richard; SILVA, Tomaz Tadeu da; ESCOSTEGUY, Ana Carolina; SCHULMAN, Norma. *O que é, afinal, estudos culturais?* Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

JORNAL VALE DOS SINOS. *Protesto pelo direito ao parto*. São Leopoldo, 18 jun. 2011.

KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KESSLER-HARRIS, Alice. Social History. In *The new american history*. United States of America: Temple University. 1990.

KLEINMAN, A. *The Illness Narrative. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books. 1988.

KÜHN, Fábio. *Gente da Fronteira: Família, Sociedade e Poder no sul da América Portuguesa. Séc. XVIII*. 2006. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. p. 228.

_____. *Breve história do Rio Grande do Sul*. 2. ed. Porto Alegre: Leitura XXI, 2004. 158 p.

KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002].

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LAST, J. M. *Dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1983.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (6): 407–17, 1991.

LAYTANO, Dante de. *Manual de fontes bibliográficas para o estudo da história Geral do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 1979.

LEBRÃO, Maria Lúcia. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997.

LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992. 133-161.

LIMA, Ivana Stolze. *Cores, marcas e falas: sentidos da mestiçagem no império do Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2003. 226 p.

LIMA, Lamartine. O centenário do falecimento de Nina Rodrigues e a atualidade da Escola da Bahia. *Prova Material* - Revista Científica do Departamento da Polícia Técnica, vinculado à Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia. Ano 3 – Especial – Dezembro de 2006.

LORBER, J. Believing is Seeing -Biology as Ideology. In:WEITZ,R. *The Politics of Women's Bodies* (ed), New York, Oxford, Oxford University Press, 2003.

LORENZO, Ricardo de. *"E AQUI ENLOQUECEO" - a alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1872)*. 2007. 264 f. (Mestrado em História). Programa de pós-graduação em História, UFRGS. [2007].

LOURENÇO JÚNIOR, Adhemar. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas* (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854 – 1940). 2004. 574 f. (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. [2004].

LOURENÇO JÚNIOR, Adhemar; ELMIR, Cláudio Pereira; KÜHN, Fábio. *Três leituras na história do RS: anarquismo, coronelismo e atitudes religiosas*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em História, 1993. 71 p. (Cadernos de estudo; 8).

LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984. 198 p. (Coleção Corpo e alma do Brasil 63).

MACHADO, Roberto. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MANFROI, Waldomiro. *Médicos escritores: uma longa e contínua tradição*. Wwlvros. Sem data. Disponível em: [<http://medicosescritores.com.br/>]. Acesso em out. 2011.

MARCONDES, Renato Leite. Fontes censitárias brasileiras e posse de cativos na década de 1870. *Revista das Índias*, 2011, vol. LXXI, n. 251. P. 231-258.

MARSH, Sarah. “Consumption, was it?”: the tuberculosis epidemic and Joyce’s “The Dead”. *New Hibernia Review / Iris Éireannach Nua*, 15:1 (earrach / spring, 2011), 107–122.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 pp.

_____. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2000. 313f. (Doutorado em História). UNICAMP [2000].

MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno (orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2008. p. 8-23.

MATOS, Maria Izilda. História das mulheres e gênero: usos e perspectivas. In PISCITELLI, Adriana et al. *Olhares Feministas*. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009. p. 281-294.

MATTOS, Hebe. História Social. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 45-59.

_____. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995.

MATTOS, Marcelo Badaró. Classes sociais e luta de classes: a atualidade de um debate conceitual. *Em Pauta* (Rio De Janeiro), v. 20, p. 33-55, 2007.

MAUSS, Marcel. “Esboço de uma teoria geral da magia” in *Sociologia e antropologia*, São Paulo, Cosac & Naify, 2003a.

MAUSS, Marcel. “Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas” in *Sociologia e antropologia*, São Paulo, Cosac & Naify, 2003b.

MENEGAT, Carla. *O tramado, a pena e as tropas: família, política e negócios do casal Domingos José de Almeida e Bernardina Rodrigues Barcellos* (Rio Grande de São Pedro, Século XIX). Porto Alegre: UFRGS – PPGH, 2009, 205F. (Dissertação de Mestrado).

MONASTÉRIO, Leonardo; ZELL, Davi Coswig. *Uma estimativa de renda per capita municipal na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul em 1872*. Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia/>], acesso em mar. de 2011.

MONOGRAFIAS Médicas Squibb N.º 4. *Tratamento das doenças venéreas*. [s.l.]: Departamento médico de Squibb & Sons, [195-].

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Aurélio Viríssimo de Bittencourt - burocracia, política e devoção. In: GOMES, Flávio; DOMINGUES, Petrônio. (Org.). *Experiências da emancipação: Biografias, instituições e movimentos sociais no pós-abolição (1890-1980)*. Rio de Janeiro: Selo Negro, 2010, v. , p. 83-108.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

_____. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.

_____. *Faces da liberdade máscaras do cativo: Experiências de liberdade e escravidão, percebidas através das Cartas de Alforria – Porto Alegre (1858 – 1888)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

_____. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48.

_____. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou: A morbidade da população escrava no século XIX através dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: Barroso, Vera Maciel. (Org.). *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Histórias reveladas*. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p. 118-132.

_____. Mandingas e Curadores de feitiços: Cura e religiosidade no litoral norte escravista (RS século XIX). In: BARROSO, Vera. (Org.). *Raízes de Santo Antonio da Patrulha*. Porto Alegre: EST editores (no prelo), 2010, p. 95-116.

_____; OLIVEIRA, Daniel; BRUM; Cristiano E.; Saúde, Cura e Associativismo - O Acervo da Sociedade e Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre In: SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. 1 ed. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2010, p. 45-82.

MOSCA, Paulo Roberto Ferrari. *Fundação da Faculdade de Medicina da UFRGS*. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em [<http://www.sbhm.org.br/>]. Acesso em set. 2011.

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Disponível em: [<http://www.muhm.org.br/>]. Acesso em jul. 2011.

NADALIN, Sérgio Odilon. *A demografia numa perspectiva histórica*. Belo Horizonte, 1994. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

_____. Irmandades Religiosas na cidade: entre a ruptura e a continuidade na transferência cemiterial em Porto Alegre, no século XIX. *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, v. XXX, n. 1, jun. 2004, p. 88-91.

NEVES, Margarida de S. História da crônica. Crônica da história. In: RESENDE, Beatriz. (org.) *Cronistas do Rio*. Rio de Janeiro, José Olympio/ CCBB, 1995, pp.15-31.

NOAL FILHO, Valter Antonio; FRANCO, Sérgio da Costa. *Os viajantes olham Porto Alegre: 1754-1890*. Santa Maria: Anatterra, 2004. 238 p.

_____. *Os viajantes olham Porto Alegre: 1890-1941*. Santa Maria: Anatterra, 2004. 237 p.

NOVIKOV, Γ A⁷. A. *A emancipação da mulher*. 1. ed. Lisboa: Francisco Luiz Goncalves, 1910. 197 p.

NUNES, Everaldo D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, ago. 1998.

OLIVEIRA, Daniel. *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*. 2009. 160f. Monografia (Graduação em História) – Área de Ciências Humanas, UNISINOS, [2009].

_____. Entre prazeres e doenças: enfermos venéreos na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX. In: *AEDOS - Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*. , v.3, p.47 - 71, 2010.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios. 1995. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. [1995].

PEARD, Julyan G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Nova York: Columbia University Press, 1990.

PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

PEIXOTO, Afrânio. *Medicina legal: psico-patologia forense*. 4.ed. São Paulo: Francisco Alves, 1935. v.2.

PEREIRA, Júnia Sales. *História da Pediatria no Brasil de Final de Século XIX a meados do Século XX*, Tese de doutoramento em História. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.

PEREIRA, Nilza de Oliveira Martins et al. Construção de indicadores de saúde para os indígenas a partir do Censo Demográfico 2000: Reflexões a partir do caso dos Xavantes de Mato Grosso. *Anais do terceiro congresso brasileiro de pesquisa*. São Paulo, abril de 2008. Disponível em [<http://www.abep.org/>], acesso em out. de 2011.

PEREIRA, M. F. Pinto. *A mulher no brasil*. 1. ed. São Paulo: C. Teixeira, 1916.

PERESTRELLO, Danilo. *Sífilis*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1943.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007. 190 p.

_____. *Os excluídos da historia: Operários, mulheres e prisioneiros*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 332 p.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Uma outra cidade: o mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

_____. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 19, n.37, set. 1999.

_____. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

_____. *A emergência dos subalternos. Trabalho livre e ordem burguesa*. Porto Alegre: UFRGS/FAPERGS, 1989.

PETIZ, Silmei de Sant’Ana. *Enfermidades de Escravos no Sul do Brasil*. In: PORTO, Ângela (Org.). *Doenças e Escravidão*. Sistemas de saúde e práticas terapêuticas. Rio de Janeiro, Casa Oswaldo Cruz, 2007.

PINTO, Natália Garcia. Trabalho e Morte: um Estudo das Causas de Falecimentos de Trabalhadores Cativos na Cidade Portuária de Rio Grande (1864-1870). In: *AEDOS - Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*, v2, p.275-285, 2009.

PISCITELLI, Adriana et al. *Olhares Feministas*. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009.

PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992. p. 291-326.

PORTO, Ângela. Fontes documentais do arquivo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para a história do tratamento de escravos na segunda metade do século XIX. *Anais do 3º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*. UFSC, 2007. Disponível em <http://www.labhstc.ufsc.br/programa2007.htm>

PORTO-ALEGRE, Achylles. *Homens Ilustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1917.

PORTO ALEGRE, Augusto. *A fundação de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906.

POUILLET. Thésée. *L'onanisme nella donna*. Paris: Capaccini, 1907.

PRIORI, Mary Del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

_____. História do cotidiano e da vida privada. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 259-274.

POUILLET. Thésée. *L'onanisme nella donna*. Paris: Capaccini, 1907.

QUEVEDO, Everton Reis. *Isolamento, isolamento e ainda, isolamento: o hospital Colônia Itapuã e o amparo Santa Cruz na profilaxia da lepra no Rio Grande do Sul (1930 – 1950)*. 2005. 189 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [2005].

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1985.

RAMOS, Mauro C.R. Sífilis congênita, ainda um desafio. *DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 13(2): 3-4. Recife. 2001.

RANGEL, Vanessa Maia. *Negociações ritualizadas: saber médico X dor e sofrimento das parturientes*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v. 95- 141.

_____. *A morte e uma festa: Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. 357 p.

REISSMANN, C.K. Women and Medicalization. In: WEITZ, R. *The Politics of Women's Bodies* (ed), New York, Oxford, Oxford University Press, 2003.

RESENDE, Beatriz. *Lima Barreto e o Rio de Janeiro em fragmentos*. Rio de Janeiro. UFRJ; UNICAMP, 1993.

RIBEIRO, Luís Filipe. O Sexo e o Poder no Império: "Philomena Borges" *Luso-brazilian Review*, Vol. 30, No. 1, "Changing Images of the Brazilian Woman: Studies of Female Sexuality in Literature, Mass Media, and Criminal Trials, 1884-1992" (Summer, 1993), pp. 7-20.

RIOS-NETO, Eduardo Luiz Gonçalves; RIANI, Juliana de Lucena Ruas (Orgs.). *Introdução à Demografia da Educação*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

_____. Aspectos teóricos e metodológicos para uma análise da secularização das atitudes diante da morte no Rio de Janeiro oitocentista. (Tese de doutorado em História Social). UFF-RJ, 2006.

RODRIGUES, Nina. *As colectividades anormaes*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939. V.19.

RODRIGUES, Renata Conceição Lopes. *Mãe de família: discurso profilático contra a sífilis, Rio de Janeiro, 1878 – 1889*. 2004. 98 f. Dissertação (sem dados) – Endemias, Ambiente e Sociedade, Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, [2004].

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p. 133 – 152, jun. 2008.

_____. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX, *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 17, jun. de 2002. p. 101-125.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S201-S212, 2003.

_____. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, 224p.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

ROUSTON, Eduardo Junior. “*Não só do pão do corpo precisa e vive o homem, mas também do pão do espírito*”: a atuação federalista na Assembleia dos Representantes (1913-1924). 2012. 339 f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2012].

RUDNICKI, Dani. DST / SIDA e Exclusão: os direitos humanos e a garantia de saúde. In: PIRES, Cecília P. et al. *Direitos humanos: Pobreza e Exclusão*. São Leopoldo: ADUNISINOS, 2000. p.109-122.

RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981. 383 p.

SAMARA, Eni de Mesquita. *Família, divórcio e partilha de bens em São Paulo no século XIX*. In. "Estudos Econômicos". São Paulo. nº 13. 1983. p. 787-797.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo. N. Ser. V.15, n.2, p.257-289, jul. - dez. 2007.

_____. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*. Santa Catarina, UFSC. v. 16, n. 22, 2009.

SANTANA, Antonio Samarone de; DIAS, Lúcio Antonio Prado; GOMES, Petrônio Andrade. Dicionário biográfico de médicos de Sergipe. Academia Sergipana de Medicina. Disponível em: [<http://linux.alfamaweb.com.br/>]. Acesso em jul. 2011.

SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.1.

SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.2.

_____. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.3.

SANTOS, R. A. Ferreira. Formulário do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1890. 3. ed.

SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41.

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc, 2001.

_____. Skeletons in the closet: The illustrations of the female skeleton in Eighteen-Century anatomy, In: GALLAGHER, C. e LAQUEUR, T. (ed) *The Making of the Modern Body*. Berkeley, L.A, London, University of California Press, 1987.

SCHWARCZ, Lilia K. M.; GOMES, Nilma L. (Org.) *Antropologia e história: debate em região de fronteira*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SCOTT, Joan. História das Mulheres In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

_____. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SENRA, Nelson de Castro; CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio Camargo. A ciência da certeza. *Revista de História da Biblioteca Nacional*. Ed. Set. de 2007. Disponível em: [<http://www.revistadehistoria.com.br/>], acesso em maio de 2010.

SERRES, Juliane Conceição Primon. *Nós não caminhamos sós: O Hospital Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950)*. 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2004].

SERRES, Juliane Conceição Primon. *Memórias do Isolamento: trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã*. 2009. Tese (Doutorado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2009].

SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. 1 ed. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2010.

SEVCENKO, Nicolau (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 3 v.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *As Barbas do Imperador*. 2ª ed. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.
SILVEIRA, Eder. *A Cura da Raça: Eugenia e Higienismo no discurso médico Sul-Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universitária de Passo Fundo; 2005.

SKIDMORE, Thomas E. *O Brasil visto de fora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol.III (3), nov. 1996 – fev. 1997.

. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Paz e Terra, 1976.

SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”. *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr. 1983.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol.III (3), nov. 1996 – fev. 1997.

. *The demography and economics of Brazilian slavery: 1850-1888*. Tese de Ph.D., Stanford University, 1976.

SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989. 394 p.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol.III (3), nov. 1996 – fev. 1997.

. *História das mulheres*. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 275-296.

SOUZA, Rafael Pereira de. Direitos civis de estrangeiros no Brasil do Segundo Reinado. Usos do Passado — XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em [<http://www.rj.anpuh.org>]. Acesso em 01 jan. 2012.

SOUZA, Vanderlei S. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos de 1910 e 1920. *Revista de História Regional*. 11(2): 29 – 70, 2006.

SPALDING, Walter. *Pequena História de Porto Alegre*. Porto Alegre: Livraria Sulina, 1967.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol.III (3), nov. 1996 – fev. 1997. *Datas Rio-Grandenses*. Porto Alegre: Secretaria de Educação e Cultura, 1962.

STEDMAN, Thomas L. *Stedman Dicionário Médico*. Tradução de Cláudia L. C. Araújo et al. Supervisão de J. Israel Lemos. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

STERNBERG, G. M. *Desinfecção e prophylaxia individual*. Trad. LACERDA, J. B. Rio de Janeiro: Laemmert & C., 1889.

STONE, Lawrence. Prosopografia. Tradução de Gustavo Biscaia de Lacerda e de Renato Monseff Perissinotto. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 115-137, jun. 2011. Texto foi originalmente publicado na revista *Dædalus* (Cambridge, Mass., v. 100, n. 1, p. 46-79, Winter 1971), sob o título de “Prosopography”.

STRAZZA, Leila et al. Estudo da vulnerabilidade à infecção DST/Aids em detentas de uma penitenciária feminina de São Paulo, avaliada pela técnica sociológica. *DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 15(4): 27-32. Recife. 2003.

STUDART, G. A família Castro. *Revista do Instituto do Ceará*. Disponível em: <http://www.institutodoceara.org.br/>]. Acesso em jul. 2011.

TÁBUA DE VIDA: metodologia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em abr. de 2011.

TAVARES, Mauro Dillmann. *Irmandades religiosas, devoção e ultramontanismo em Porto Alegre no bispado de Dom Sebastião Dias Laranjeiras (1861-1888)*. 2007. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2007].

_____. *Irmandades, Igreja e Devoção no sul do Império do Brasil*. São Leopoldo: Oikos, 2008.

TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em Casa-grande e senzala. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 231- 243, jul. - out. 1997.

TELAROLLI, Rodolpho Junior. *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo*. 1993. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Departamento de medicina preventiva da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas. [1993].

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

_____. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

THOMPSON, E. P. A história vista de baixo. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

_____. Folclore, Antropologia e História Social. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001. p. 227-267.

_____. Algumas observações sobre classe e “falsa consciência”. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

VARGAS, Anderson Z. et al. *Porto Alegre na virada do século 19 – Cultura e Sociedade*. Porto Alegre/ Canoas/ São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS / Ed. ULBRA / Ed. UNISINOS, 1994.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

_____. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

WADDINGTON, Keir. “Unfit for Human Consumption”: tuberculosis and the problem of infected meat in late Victorian Britain. *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 77, Number 3, Fall 2003, pp. 636-661.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

_____. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992.

_____. *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*. Disponível em: [<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf>]. Acesso em: jul. 2010.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

WEEKS, Jeffrey. “O corpo e a sexualidade”. In: LOURO, GL. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999: 36-82.

WISSENBACH, Cristina Cortez. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In SEVCENKO, Nicolau (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 3 v. p. 49 – 130.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil* (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007].

WHITE, K. L. et al. The ecology of medical care. *New England J. Méd.* 265: p. 885-892, 1961.

XAVIER, Regina Célia Lima. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. In CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 331 – 354.

_____. Tito de Camargo Andrade: religião, escravidão e liberdade na sociedade campineira oitocentista. 2002. 338 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, [2002].

_____. Tratos e contratos de trabalho: debate em torno de sua normatização no século XIX. In. *História em Revista*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Nº. 10, dez. 2004. p. 201-210.

APÊNDICE A

Tabela 20: Idade das mulheres denominadas como pretas por naturalidade

Idade	Naturalidade	Cor preta %
< 1	Porto Alegre	4,32
	Rio Grande do Sul	12,95
	Não consta	1,93
< 1 Total		19,20
1 aos 14	Africana	0,11
	Porto Alegre	1,48
	Rio Grande do Sul	13,07
	Não consta	0,11
1 aos 14 Total		14,77
15 aos 34	Porto Alegre	0,11
	Rio Grande do Sul	21,14
	Não consta	0,11
	Outros Estados	0,57
15 aos 34 Total		21,93
35 aos 54	Africana	1,25
	Porto Alegre	0,11
	Rio Grande do Sul	15,11
	Outros Estados	0,34
	Outros Países	0,23
35 aos 54 Total		17,05
55 aos 64	Africana	3,64
	Rio Grande do Sul	5,00
	Outros Estados	0,57
55 aos 64 Total		9,20
65 aos 74	Africana	3,18
	Rio Grande do Sul	3,18
	Não consta	0,11
	Outros Estados	0,34
	Outros Países	0,11
65 aos 74 Total		6,93
75 mais	Africana	5,34
	Porto Alegre	0,11
	Rio Grande do Sul	3,41
	Outros Estados	1,14
75 mais Total		10,00

(Continua...)

(...continuação)

NC	Porto Alegre	0,11
	Rio Grande do Sul	0,11
	Não consta	0,68
<i>NC Total</i>		<i>0,91</i>
<u>Total geral</u>		<u>100,00</u>

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.

APÊNDICE B**Tabela 21: Idade das africanas por faixas etárias**

Naturalidade	< 1	1 aos 14	35 aos 54	55 aos 64	65 aos 74	75 mais	Total
Africana	0,83%	0,83%	9,09%	27,27%	23,14%	38,84%	100,00%

Fonte: LIVROS DE ÓBITOS N.º 13 AO N.º 19 (1880 – 1895). Op. cit.