

A CONSTRUÇÃO DOS ESPAÇOS DE CURA NO BRASIL: ENTRE A CARIDADE E A MEDICALIZAÇÃO

Gisele Sanglard

sanglard@coc.fiocruz.br

Doutora em História das Ciências da Saúde

Departamento de Patrimônio Histórico/Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Resumo

Este artigo se propõe a analisar o processo de formação de uma nova mentalidade de assistência médico hospitalar no Brasil na passagem do século XIX para o século XX ou dito de outra forma, da transformação do hospital de espaço da caridade em lugar de cura. Chamarei atenção para a especificidade do sistema brasileiro, muito dependente das ações da Irmandade da Misericórdia que criará uma tensão dentro de seu hospital – entre a caridade e a prática médica – por seu duplo papel, de hospital privado que exercia a função de hospital público.

Palavras-Chave: Hospitais, Assistência Pública, século XIX, Rio de Janeiro.

Abstract

This work intends to analyze the process of formation of a new mentality of the medical and hospital assistance in Brazil from nineteenth to twentieth centuries or, in other words, the transformation of the hospital from a charity space to a cure place. I will call attention to the specificity of the Brazilian system, which was very dependent of the actions of the Brotherhood of Mercy. This fact has created a tension inside their hospital – between charity and medical practice – due to its double role: a private hospital that has functioned as a public hospital.

Key-words: Hospitals, Public Assistance, Nineteenth Century, Rio de Janeiro.

Este artigo se propõe a analisar o processo de formação de uma nova mentalidade de assistência médico hospitalar no Brasil na passagem do século XIX para o século XX ou dito de outra forma, da transformação do hospital de espaço da caridade em lugar de cura. Chamarei atenção para a especificidade do sistema brasileiro, muito dependente das ações da Irmandade da Misericórdia que criará uma tensão dentro de seu hospital – entre a caridade e a prática

médica – por seu duplo papel, de hospital privado que exercia a função de hospital público. Sem contar o caso das Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador que ainda exerceram o papel de hospitais universitários, por abrigarem as aulas práticas das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, desde o início do século XIX. Em todo caso, uma mudança mais forte só acontecerá a partir de 1920 quando surgem as primeiras ações do Estado em direção a um controle da assistência médica aos pobres.

Para tal, analisarei a especificidade da assistência hospitalar no Brasil, bem como os indícios da mudança nas ações em prol do atendimento médico aos pobres no país, tendo como exemplo a cidade do Rio de Janeiro, com sua proximidade com o poder central – tanto no Império quanto na República – que a transforma em celeiro de novas práticas, bem como exemplo a ser seguido. O fato de ser capital e de exercer plenamente sua capitalidade singulariza a experiência carioca e nos obriga a sermos cuidadosos ao transpor para outras cidades as análises feitas a partir do Rio de Janeiro.

Por fim este artigo chama atenção para o papel da filantropia nesse processo de formação da nova percepção, ou do novo papel, da assistência hospitalar no país.

1.1 BREVE HISTÓRICO DOS HOSPITAIS

Na Idade Média os hospitais, cuja etimologia está ligada ao ato de hospedar, eram abertos a todas as mazelas humanas, exceto aquelas como a lepra e a sífilis, cujas vítimas tinham prédios específicos para abrigá-los, ou as instalações com público-alvo previamente definido, como os hospitais de St. Jacques (Santiago), destinados aos peregrinos de Santiago de Compostela, às prostitutas e às crianças abandonadas. Tal ‘especialização’ era, contudo, incipiente, sendo a maioria franqueada a todos. Qualquer que seja a sua designação — Hôtel-Dieu, hospital, hospício, albergaria etc. —, os hospitais medievais representavam o lugar por excelência da caridade, mesmo que em alguns momentos de sua história tenham sido usados para fins de ordem pública.

Desde suas origens na Idade Média, então, pode-se caracterizar o hospital por seu caráter notadamente religioso e como centro social para atendimento à população carente — e será difícil extrair-lhe esta marca, até porque a pobreza e o cuidado aos pobres são questões centrais do cristianismo. No início as inquietações com a salvação e a compaixão com o enfermo motivaram grande parte das doações às instituições hospitalares. Os períodos de epidemias marcavam um aumento das contribuições, que podiam ser feitas sob a forma de legados e doações ou pelo recolhimento de esmolas. Deve-se atentar que, naquela época, o pobre era revestido de um

manto santificado, era o pobre de Deus, e ao ato de abrigá-lo era atribuído igualmente um caráter sagrado. Com o tempo as questões ligadas ao mundo terreno passaram a predominar nas relações entre a sociedade e esses estabelecimentos transformando-os aos poucos, e a partir do século XVI foi sobretudo um novo olhar sobre o pobre e a pobreza que alterou a feição dos hospitais a partir do século XVI. O manto santificado foi posto de lado, dando lugar à idéia de que uma aglomeração de pobres representava um perigo potencial.

Para fins historiográficos, muitos autores tendem a ressaltar as especificidades locais das ações sanitárias e práticas caritativas, no que se refere tanto a regiões quanto a países, quando, ao contrário, muitas vezes a permanência e a similitude são as marcas mais fortes dessas ações. As singularidades locais enfatizadas por esses autores parecem mais perceptíveis a partir do século XVIII, quando a tensão entre os cuidados médicos e as práticas assistenciais se fazer sentir de forma mais evidente em todo o território europeu.

As práticas caritativas, no mundo católico, passaram a serem pautadas, no final da Idade Média, em ações pias de leigos organizados em irmandades e ordens terceiras que espelhavam valores da Europa medieval. A região da Itália vê surgir as primeiras irmandades e ordens terceiras que misturavam a fé e o auxílio mútuo, com inspiração, sobretudo, nas pregações de São Francisco de Assis e São Domingos.

As irmandades e ordens terceiras foram responsáveis pela abertura de diversas igrejas e mosteiros em todo o mundo católico. Ao longo da Idade Média a manutenção dos hospitais — como já foi visto — passava pelos donativos e esmolas destinados às igrejas e aos mosteiros. 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 de caridade. Sobre esta última, ocorreu também uma mudança que lhe caracterizaria e conferiria um caráter mutualista, pois os hospitais passam a não serem mais abertos a todos, mas sim apenas aos membros de determinada irmandade ou confraria.

São vários os exemplos que podem melhor demonstrar esse processo de transformação. Um dos autores que trabalham com o tema, a historiadora italiana Sandra Cavallo (1995), analisa as tentativas de afirmação da aristocracia piemontesa frente ao poder da casa de Savoye ao longo das guerras contra a França e, no meio dessa disputa, a necessidade de organização dos socorros e do controle da pobreza. A autora detém-se, porém, na motivação dos filantropos e para estruturar seu argumento aborda a organização e a estrutura hospitalares de Turim a partir de meados do século XVI.

Segundo Cavallo (ibid.), o sistema hospitalar de Turim estava centralizado em duas instituições: o Hospital S. Giovanni (1440), formado a partir da junção de vários pequenos hospitais e mantido sob a influência do episcopado; e o Hospital de S. Maurizio e Lazzaro (1575), administrado pelos militares e sob a égide da aristocracia. Havia outros hospitais menores, mas esses dois tinham como característica principal o atendimento aos doentes e suas atribuições foram determinadas no momento da sua constituição, não se tornando, assim abrigo das mazelas da sociedade que caracterizou o funcionamento dos hospitais de um modo geral.

Para a autora, o componente religioso tem maior relevância, principalmente no ambiente da Contra-Reforma, período em que concentra seu estudo. A piedade barroca seria uma das principais molas do movimento filantrópico da Turim em análise, sendo evidenciada tanto na manutenção como na abertura e construção de novos edifícios hospitalares, igrejas e mosteiros. Salienta Cavallo (id., p. 233 et seq.) que, naquele momento, a arquitetura hospitalar tem um duplo papel: por um lado dá prestígio ao filantropo e, por outro, transmite uma idéia de intimidação.

Cavallo (id., p. 108) afirma que a principal característica da caridade do *Ancien Régime* diz respeito ao auxílio e ao privilégio. Baseada em cálculos racionais e aspirações seculares, não foi à toa que o prestígio, a influência e a competição entre os diversos grupos sociais deram a tônica dessa caridade e permitiram calcular as doações recebidas.

Na França, outro representante do universo católico, o seu desenvolvimento se deu por meio dos Hôtels-Dieu — tanto no território francês como no ultramar — e, no caso de Paris, de inúmeros outros hospitais não menos importantes.

O Hôtel-Dieu foi o grande modelo hospitalar francês, presente em todas as grandes cidades do território francês. Em alguns aspectos pode-se mesmo fazer um paralelo entre eles e as Misericórdias do império português: ambos mantêm caráter público e privado e, nas colônias ultramarinas, representam o Estado metropolitano, ficando sua administração a cargo dos notáveis da cidade — como, aliás, parece ter sido também o caso estudado por Sandra Cavallo (ibid.; Imbert; 1991; Faure, 1981; Melo, 1997). O plano e a atuação dos Hôtels-Dieu, locais de caridade por excelência devido à presença da religião, em nada os diferenciavam dos hospitais medievais. Uma especificidade do caso francês pode ser percebida no processo revolucionário de 1789, quando se tentaram uma reforma do sistema hospitalar e a separação dos princípios religiosos — aí também compreendidas a presença de ordens religiosas no controle hospitais e no atendimento aos doentes — da questão médica.

Com o passar do tempo os hospitais como objeto de caridade transformam-se. A filantropia continua multiplicando-os, melhorando suas instalações,

permitindo o aumento de seu quadro médico. A partir do século XVII percebem-se algumas modificações com relação à idéia de hospital e das suas funções: sob influência da experiência italiana, ele se transforma em um prédio singular, com arquitetura própria que responde melhor ao papel por ele desempenhado. É nesse período que a preocupação com o isolamento dos doentes contagiosos se faz sentir, e constroem-se hospitais fora dos limites das cidades, como o Hospital Saint Louis (1607) em Paris, ou mesmo o Hôpital des Incurables e a Maison de Convalescence, anexos ao Hôtel-Dieu da capital francesa erigidos para evitar a aglomeração de doentes (Musée..., 1998, p. 89).

O questionamento do hospital começou a ser feito ao longo do século XVIII, com as mudanças na concepção de assistência e com o desenvolvimento das discussões sobre higiene. Nesse século surgem também os hospitais especializados. Foucault (1995) destaca que a grande diferença desses hospitais para aqueles que existiam até então refere-se à questão dos cuidados médicos: enquanto que a especialização dos hospitais medievais esteve pautada na exclusão, na segregação e na crença dos males que os loucos, os sífilíticos e os leprosos podiam transmitir às populações, os novos hospitais estavam baseados nos cuidados específicos às doenças. Outra característica do século das Luzes é a transformação do hospital em uma “máquina de curar”; no século seguinte ele se tornaria um “equipamento de saúde, lugar de prática, de ensino e de pesquisa” (Musée..., op. cit., p. 6).

O historiador canadense Othmar Keel (2001) observa a distinção do modelo de medicalização dos hospitais franceses em relação aos demais países europeus, e afirma que isso foi possível graças ao que denomina “tecnologia clínica”, na qual insere tanto a abertura de novos espaços para a clínica médica, como o encontro desta com a prática cirúrgica, que tinha no hospital seu lócus de ação. E é justamente este ponto que singulariza a Escola de Paris: o estudo ‘anatomocirúrgico’ ou ‘anatomolocalista’ da doença.

No início do século XVIII constituiu-se, na França, uma organização sanitária pública visando o controle de epidemias e pestes, cuja atuação mais visível foi aquela calcada na mudança de percepção a respeito do lixo, da sujeira e das águas paradas, que passaram a ser considerados ambientes potenciais de doenças (Bourdelaís, 2001, p. 10 et seq.). A esta nova situação outras seriam acrescentadas, como a preocupação com a circulação, com as cidades e com as condições de vida (alimentação, moradia etc.) e trabalho. O hospital não se manteve alheio a esse clima e tornou-se, com o passar do século, um dos focos principais de problemas. No entanto a partir do processo de reforma ou medicalização ele se converteu em uma peça essencial na política sanitária e demográfica posta em prática na Europa ao longo do século XIX: não só devido aos melhores equipa-

mentos disponíveis, mas sobretudo em virtude da formação de seu corpo médico, inspirada na filosofia das Luzes. Era somente no hospital e na prática cotidiana que o conhecimento médico poderia ser adquirido, reafirmando seu papel de equipamento médico.

Georges Vigarello (2001) enfatiza que o século XVIII não foi marcado por mudanças no saber médico ou no tratamento e conhecimento das doenças tradicionais, assim como também não foi o tempo da descoberta de novas substâncias — em resumo, não houve definitivamente nenhuma revolução na área médica. Por outro lado, frisa Vigarello (*ibid.*, p. 29-30), ocorreram transformações culturais profundas que possibilitaram alterar a imagem da medicina, bem como diversificar sua atuação e seus recursos. E em tal cenário o pequeno espaço ocupado no hospital pela doença, pelos serviços médicos e pela terapêutica passou a ser amplamente questionado.

Em um tempo em que os preceitos de higiene ganhavam força, a intervenção das autoridades passou a ter papel decisivo, sobretudo nos locais conhecidos como focos privilegiados da doença: prisões, portos, barcos e hospitais gerais.

Nesse novo quadro o hospital tradicional perdeu espaço. Foi preciso transformá-lo tanto física como conceitualmente, foi preciso que ele perdesse sua feição assistencial em benefício da terapêutica. Nas vésperas da Revolução Francesa dois personagens representaram o processo de mudança pelo qual passaria o hospital francês: Phillipe Pinel, que em 1785 propôs alterações no tratamento oferecido aos alienados; e Tenon, que em seu relatório de 1788 sobre a situação dos hospitais parisienses colocou em xeque o modelo hospitalar francês e seu principal representante, o Hôtel-Dieu de Paris (Napias & Martin, 1897, p. 19).

Apesar de todos os questionamentos, perdura um bom tempo sem solução o grande dilema do hospital: a presença dos ‘incuráveis’. Era prática corrente a manutenção de leitos para esses doentes, e muitas vezes eles eram reservados pelos benfeitores do hospital para seus beneficiários. Por mais que se exigisse a abertura de leitos para os ‘curáveis’, sabe-se que, na prática, os leitos eram ocupados durante longos anos pelos ‘incuráveis’. (Killpatrick, *op. cit.*, p. 106).

Somente a partir do século XIX, com a efetivação do processo de medicalização do hospital, a questão dos incuráveis começou a ser resolvida. A controvérsia sobre a permanência dos incuráveis no ambiente hospitalar não foi privilégio francês. Também na Inglaterra e nos Reinos Germânicos ocorreu uma tensão crescente entre a manutenção de leitos para os incuráveis, ou seja, entre esse tipo de ação filantrópica e um espaço maior para o ambiente de cura, como bem mostra a citação anterior de Killpatrick.

O processo de medicalização do hospital pode ser entendido como a trans-

formação parcial e desigual pela qual passaram algumas instituições de assistência na Europa, a partir do século XVIII. (Keel, op. cit., p. 29-30)

A medicalização pode ser vista também como a convicção por parte da elite francesa de seu papel de orquestradora da educação do pobre e, de um modo geral, da mudança dos costumes destes. Na visão daqueles homens, o progresso do conhecimento devia acarretar o progresso social, e para o alcance de tais propósitos os médicos engajados na luta higienista iriam se reunir e divulgar suas idéias em periódicos como *Les Annales D'hygiène Publique et de Médecine Legale* e procurar influenciar os políticos, além de participar das associações científicas. Tal mudança só pôde se realizar a partir da transformação na percepção relativa ao entorno (lixo, sujeira etc.) — ou seja, na relação entre doença e meio ambiente — e ao corpo. Assim, a medicalização é definida como

“le produit de la rencontre entre deux cultures du corps, en apparence radicalement opposées. D'un côté, celle des médecins, largement partagée par les élites dès la fin du XVIII^e siècle, qui s'inspire des conceptions mécaniciennes du partage des tâches et du recours aux spécialistes. De l'autre, une conception traditionnelle à une multitude de recours” (Faure, 1993, p. 273).

Essa medicalização não esteve restrita, como já foi dito, aos hospitais. As obras de caridade vivenciaram o mesmo processo, no qual a medicina passou a ter papel importante: ao lado das sopas, do pão, do carvão, do vestuário e do abrigo, as visitas médicas e a distribuição de remédios passaram a fazer parte do cotidiano dessas instituições. Para os filantropos franceses oitocentistas, a distribuição de cuidados médicos gratuitos era mais uma forma de assegurar a ordem social. Nesse sentido, a medicalização era uma estratégia para o alcance do objetivo principal. Quando as doações diminuía, as visitas médicas e os remédios eram os primeiros itens a serem reduzidos ou mesmo eliminados. Como assinala Olivier Faure (ibid., p. 110-113), apesar de demonstrarem preocupação com as questões médico-sanitárias, as instituições filantrópicas continuaram sendo procuradas mais pelos pobres do que pelos doentes, não constituindo, assim, propriamente obras médicas.

Algumas instituições filantrópicas e de caridade, contudo, elegeram os cuidados médicos como sua bandeira principal, como foi o caso da *Œuvre des Pauvres Malades* — um dos braços da Sociedade de São Vicente de Paulo que cuidava dos doentes da periferia de Paris e chegou a contratar médicos para atender a seus doentes pobres — ou da *Société Philanthropique de Paris*, entre outras que se dedicaram aos cuidados aos doentes excluídos dos hospitais ou mesmo aos convalescentes.¹

Muitos médicos presentes no panteão médico francês dedicaram-se a trabalhos filantrópicos. Segundo Olivier Faure (1993, p. 114), a *Société Philanthropique* contava com clínicos e cirurgiões de renome, tais como Pinel e Laennec, para o atendimento e tratamento de seu público, reforçando o papel da medicina no controle e na gestão da pobreza. No entanto, ainda que abraçando a idéia da medicalização e atuando no controle da pobreza, não só os médicos como os políticos e a elite em geral viam com reservas a caridade e a filantropia. Em primeiro lugar, porque lhes parecia que incentivavam a resignação dos pobres, o que era, aos olhos daqueles homens, um grande perigo. Em segundo lugar, e no que tange especificamente à assistência médica, porque sua ação era restrita às grandes cidades e, ainda assim, os socorros eram insuficientes frente ao grande número de doentes. (Faure, 1994, p. 24)

Ao lado das obras de natureza privada, o século XIX contou com o funcionamento dos *Bureaux de Bienfaisance*, instituições mantidas pelas prefeituras e criadas ainda durante a Revolução Francesa para atuarem junto aos pobres. Suas atividades ficavam muito aquém das necessidades locais, principalmente porque recebiam somente os doentes ‘curáveis’ deixando a cargo dos hospitais o papel primordial da assistência pública urbana.

Outra forma de assistência surgida no século XIX são as caixas de socorro mútuo ligadas a categorias profissionais. Nelas a prestação de socorros médicos só se efetivou, na França, a partir de meados do século. Ao lado dos serviços hospitalares, a educação sanitária passou a fazer parte das ações das caixas de socorro, tornando-se essas instituições, nas palavras de Olivier Faure (1993, p. 120), “instrumentos de higienização” da saúde tanto física quanto moral do trabalhador pobre. Local de socialização de classes, socorros médicos, previdência e poupança, as caixas de socorros mútuos se tornaram, aos olhos da elite francesa, o lugar por excelência para o crescimento moral das classes trabalhadoras. Paul Weidling (1991, p. 195) resume a especificidade do caso francês:

“Two new — and related — trends were apparent in France. These were professional aspirations towards a monopoly over medical care, and public appeals for the support of laboratory research. New efforts to integrate public and private interests were expressed by the solidarism movement for a cohesive and integrated society on the basis of social justice.”

Aos poucos os hospitais vão se tornando o espaço de demonstração técnica da medicina. Conquanto os cuidados com velhos e crianças abandonadas ainda lhes rendessem preocupação, não impediam o curso do processo de medicalização. Já a doença se converte no

“premier objet autour duquel s’élaborent et se mettent en place les façons modernes de remédier aux situations sociales difficiles. Les premiers projets d’assistance publique rationnelle et centralisée mettent le secours médical au centre de leur dispositif et la médecine gratuite inaugure, à partir de 1855, la première expérience d’assistance gérée et financée par les pouvoirs publics” (Faure et Dissertine, 1994, p. 145).

O quadro da assistência médica na França da metade do século XIX pode, então, ser assim resumido: os hospitais tornam-se cada vez mais ‘medicalizados’ e a doença se torna a principal via para o controle social. Após a lei de 1893, que legislou sobre a assistência médica gratuita, houve uma reviravolta na concepção do hospital, como demonstram as mudanças tanto de sua arquitetura quanto do seu funcionamento. Nesse último aspecto observam-se as maiores transformações: em troca de subvenções e pagamentos de diárias, os poderes públicos exigiam que as admissões fossem indicadas pelos médicos, diminuindo o poder das freiras que ainda decidiam sobre as internações. E passa-se a aceitar também a admissão de venéreos e parturientes, por muito tempo afastados de seus corretores. Com relação à arquitetura exigiam-se salas de cirurgia, serviços de isolamento e abertura de maternidades, uma clara evidência das transformações por que passava a assistência médica francesa.

Em todo caso, tanto os Bureaux d’Assistance quanto o mutualismo não deixam de ser considerados formas paternalistas de ação e, portanto, modalidades sofisticadas de caridade. Modernizada ou sofisticada, o certo é que é naquele momento efetivava-se a separação entre o doente e o pobre, o incurável e o infeccioso, e tomaram-se medidas especiais quanto ao cuidado das crianças, das mães solteiras e dos idosos. A ‘modernização’ da caridade veio acompanhada de tensão social e discussões políticas, em que as ações caritativas e/ou filantrópicas encontram-se lado a lado com aquelas que vinham sendo implementadas, mesmo que timidamente, pelo Estado.

O historiador britânico Paul Weidling (op. cit.) considera que, apesar dessas mudanças na assistência, só se pode falar em modernização da caridade a partir dos trabalhos de Louis Pasteur e da criação do Instituto Pasteur, em 1888. Instituição privada de pesquisa biomédica, ele encontrou sua fonte de financiamento na rede de conhecimento que Louis Pasteur mantinha com as municipalidades, os industriais, os banqueiros, os filantropos, entre outros, sobretudo após a descoberta do soro antidiftérico (1894). Segundo Weidling (id.), os filantropos perceberam, na medicina pasteuriana, uma nova forma de combate à pobreza, por meio primeiramente do financiamento da produção do soro e, depois, da distribuição deste pelos Bureaux d’Assistances. Com a possibilidade de prevenção das doenças aberta

pelas descobertas de Pasteur, a pesquisa médica passa a ser considerada, pelos filantropos, uma forma de terapêutica em potencial: investir na pesquisa médica era investir na tentativa de erradicação da pobreza. Dessa forma,

“The Pasteur Institute provided a model which was to be emulated by the medical charities of the twentieth century. Examples are the Rockefeller Institute for Medical Research, and Paul Ehrlich’s Institute for Experimental Therapy and Serum Tasting at Frankfurt. Voluntary funding boosted large-scale national research institutes as sciences promised to remove the root causes of poverty and disease, while philanthropy was seen as merely a palliative” (ibid., p. 196).

Para Olivier Faure (1994) a experiência do soro-antidiftérico abriu uma nova relação entre a bacteriologia e o consultório médico. Os médicos, mesmo os da província, podiam fazer uso da bacteriologia sem perder sua independência, tanto em termos de prática como de ética médica. Eles permaneciam fazendo seu trabalho habitual, só que com meios mais eficazes. Por outro lado, a descoberta do soro modificou a relação da sociedade com a medicina e recriou o universo médico. Não bastava garantir a sua produção se a distribuição não pudesse atingir todo o território nacional, e para tanto foi fundamental a entrada do Estado como parceiro do Instituto Pasteur, em 1895, subvencionando a distribuição do soro.

O modelo pasteuriano preventivo, tanto o de pesquisa quanto o de gestão institucional, teve reflexos importantes no Brasil, ao final do século XIX e início do século XX, em grande parte devido às evidentes mudanças que desencadeou na urbe francesa. De fato, o alcance de suas medidas extrapolou o âmbito da questão sanitária e da saúde, alterando radicalmente, pelo viés da higiene, a vida do homem urbano — suas moradias, o traçado das ruas etc. — e configurando-se como uma modalidade efetiva de controle do pobre e da pobreza.² Vale destacar ainda que, a despeito de sua efetivação só se concretizar com a lei de 1902, as primeiras propostas de assistência médica gratuita, na França, foram contemporâneas à ascensão do modelo pasteuriano naquele país.

1.2 A EXPERIÊNCIA LUSO-BRASILEIRA

Ao pensar sobre assistência médica no Brasil, a imagem que sobrevém quase que instantaneamente é a do Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Tal associação explica-se porque as ações pias de irmandades e ordens terceiras são inerentes à tradição portuguesa de assistência, desde o período medieval, e o império português reproduziu, em suas colônias, a assistência tanto médica quan-

to social (a órfãos, prisioneiros, doentes, loucos etc.), as quais baseavam-se, sobretudo, nos trabalhos da Santa Casa da Misericórdia. Apesar de sua importância e hegemonia nas questões relativas à assistência em Portugal e no ultramar, não se pode esquecer que outras irmandades e também ordens terceiras mantinham, tanto na metrópole quanto na colônia, hospitais para a realização de suas obras de caridade, porém com acesso restrito aos irmãos e seus dependentes.

No final da Idade Média, como já foi dito, as confrarias e irmandades exerceram um papel importante nas sociedades, pois foram instrumentos de coesão grupal e formação de laços de solidariedade, tanto material quanto espiritual, em uma época pautada pela insegurança. O período marcou também, segundo Russel-Wood (op. cit., p. 10), o início da centralização das ações de assistência em Portugal, com a reunião dos pequenos hospitais sob os auspícios da Coroa. A criação da Irmandade de Nossa Senhora, Madre de Deus, Virgem Maria da Misericórdia ou simplesmente Misericórdia insere-se em tal movimento.

O final do século XV é assinalado também pelo processo de centralização monárquica e formação da burocracia régia, que se fez sentir igualmente no campo da assistência. Uma das linhas historiográficas que discutem o tema acredita que a Misericórdia tenha sido fundada sob os auspícios da rainha D. Leonor, o que justificaria seu prestígio junto à monarquia lusitana e lhe teria garantido a proteção régia. Esse prestígio, porém, não se estendeu às outras confrarias e irmandades surgidas na mesma época.

O objetivo primordial da irmandade era o cumprimento das 14 obras da Misericórdia, divididas em sete obras espirituais — “ensinar os simples, dar bom conselho a quem pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem errou, sofrer as injúrias com paciência e rogar à Deus pelos vivos e mortos” — e sete obras ditas corporais — “remir cativos e visitar presos, curar doentes, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber aos que têm sede, dar pousada aos peregrinos e pobres, enterrar os finados” (apud Melo, op. cit., p. 24). Tais obras se traduziam em atendimento à infância (órfãos e enjeitados) e velhice, auxílio a doentes e loucos, distribuição de esmolas aos pobres e às viúvas, abrigo aos idosos, além do socorro aos presos em seu sustento e no apoio jurídico. A irmandade tomava para si também a responsabilidade pelo sepultamento de boa parte da população — além dos irmãos, encarregava-se do enterro de escravos, homens livres, brancos, mestiços e negros. Dava ainda assistência espiritual, pois ministrava os sacramentos e oficializava cerimônias religiosas, das quais todos os que estavam sob sua guarda deviam participar. Mantinha, para a realização de suas obras, um hospital, a Casa da Roda e o Recolhimento das Órfãs. Eram sustentadas por esmolas, doações piadas dos fiéis, legados testamentais — que poderiam conter ou não cláusula específi-

ca destinando os legados a determinadas obras — e dotações dos governos, estas tanto da Coroa portuguesa como do governo imperial e republicano.

Antes de tudo, as Misericórdias eram imbuídas de um caráter aristocrático, constituindo uma associação fechada que reunia os grupos sociais de maior prestígio da sociedade. Logo, tornar-se irmão da Misericórdia não era para todos. Nas colônias,

“Ser irmão da Misericórdia era quase um atestado que os habilitava [os colonos] a almejarem uma participação nas esferas formais de poder que então se ampliavam na cidade: em última instância era como uma carta de recomendação das elites locais junto ao monarca” (ibid., p. 145).

As Misericórdias representavam, enfim, a boa sociedade local, reproduzindo em sua organização a distinção hierárquica da própria sociedade na qual se inseria. Expressavam, assim, uma das formas de solidariedade horizontal entre a ‘boa sociedade’.

Mariana de Melo (op. cit., p. 42) considera um traço marcante da colonização lusa a difusão das irmandades leigas. Nas colônias elas eram responsáveis pela construção dos templos e manutenção dos cultos, propagação da fé católica no território e demarcação da fronteira do sertão, o que as tornava braço da empresa colonizadora. A criação da Misericórdia acompanhava a formação da cidade, corroborando a expansão cultural lusitana nos núcleos considerados relevantes pelo império. Para além de sua importância para a empresa colonial portuguesa,

“A Irmandade da Misericórdia desempenhou, juntamente com outras instituições próprias daquele tempo, um papel importante no estabelecimento e consolidação destas redes clientelares entre os homens, tendo se constituído em um espaço privilegiado para o exercício desta prática social” (ibid., p. 144).

Russel-Wood (1981), em seu trabalho sobre a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, afirma que as doações à instituição eram interpretadas como um dever cristão, segundo a caridade tradicional cristã, o que ratifica o papel relevante das Misericórdias na tradição católica de assistência. O autor trabalha com o conceito de ‘filantropia social’ para explicar as ações das Misericórdias. Para ele a filantropia social seria a ação junto aos desvalidos e teria surgido, em Portugal, com as albergarias que acolhiam os peregrinos durante a Idade Média. Já nas colônias ela teria ganhado uma nova feição, de caráter *semiburocrático*, visto que muitos de seus serviços caberiam, em tese, à municipalidade ou à Coroa. Na verdade, por deter o padroado régio as Misericórdias se transformaram em um

dos braços da burocracia, respondendo pelas ações de assistência nas colônias. Em suas ações, o público e o privado eram indissociáveis.

Na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República a Santa Casa manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil. Só no princípio do século XX ela perde lugar para outros espaços de cura, ligados diretamente às políticas de saúde.

Entre as diversas ações das Misericórdias, centrarei minha análise apenas em uma de suas obras: a manutenção de seus hospitais, em especial o da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

1.2.2 O HOSPITAL DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: ENTRE A CARIDADE E A TERAPÊUTICA

O século XIX traz modificações substanciais ao cotidiano e ao funcionamento do Hospital da Misericórdia. Até então o hospital mantinha um corpo restrito de funcionários e seu atendimento pouco o diferenciava dos hospitais tradicionais, depositários das misérias humanas: em suas enfermarias conviviam loucos, incuráveis, portadores de doenças contagiosas e expostos. À pouca distância ficava o Recolhimento das Órfãs, que ganhou espaço próprio ainda em 1743.

Foi no âmbito das discussões da Assembléia Constituinte de 1823 que os espaços da Santa Casa do Rio de Janeiro começaram a ser questionados e considerados insalubres, e somente em 1835 a comissão formada na década de 1820, com o propósito de observar a instituição e informar as autoridades sobre suas condições de atendimento, apresentou um relatório concluindo sobre a necessidade de espaços distintos para o hospital, o Recolhimento das Órfãs (o prédio de 1743 fora considerado inadequado) e a Casa da Roda (ou dos Expostos). Em parte como decorrência desse relatório, entre 1838 e 1854 diversos melhoramentos foram introduzidos, entre eles a transferência do cemitério para a região do bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados a fim de separá-los dos outros doentes (o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852); e novas acomodações para os expostos e órfãs.

As epidemias de febre amarela e cólera que assolaram a capital do Império a partir da década de 1850 também contribuíram para as mudanças na relação entre o Hospital da Santa Casa e as doenças. A necessidade de se criarem hospitais de isolamento para atender aos doentes considerados contagiosos obrigou o governo a assumir a construção e a administração desses espaços.

Paralelamente às alterações nos espaços da Santa Casa outras transformações relacionadas ao funcionamento do hospital são realizadas. Como é sabido, a chegada da Corte portuguesa em 1808, no contexto das guerras napoleôni-

cas, provocou modificações profundas na vida da Colônia, entre elas a abertura de cursos superiores no Brasil. Para os historiadores da medicina aquele ano é o marco inicial do ensino médico no Brasil, com a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Funcionando inicialmente nas dependências do Hospital Real Militar, em 1813 a escola foi transferida para a Santa Casa e aí permaneceu até 1832. Por um tempo a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro — já com este nome — se dividiu entre o antigo Hospital Real Militar e as enfermarias da Santa Casa, e a partir da segunda metade do século XIX instalou-se inteiramente nas dependências desta última.

A convivência do ensino com a assistência e com as obras realizadas na Misericórdia não foi das mais tranquilas. Os problemas eram de diversas ordens, como salienta Tânia Salgado Pimenta (2003): questões relacionadas ao espaço, queixas de falta de leitos, quadro funcional insuficiente, sem contar os conflitos de hierarquia e disciplina. Para se ter uma idéia do impacto dessas mudanças na ordem interna da Irmandade — afinal, às três enfermarias originais seriam acrescentadas, em 1852, mais 11 do novo prédio —, a autora chama a atenção para a evolução do quadro funcional do hospital. No começo do século XIX o hospital da Misericórdia contava com um médico, um cirurgião, um boticário, enfermeiros e serventes. Na década de 1850 atuavam em suas instalações cerca de oito médicos e seus substitutos, um boticário e dez ajudantes, 27 pensionistas, outros 27 enfermeiros(as), 28 serventes, além de 18 irmãs vicentinas.

Os problemas advindos da convivência entre a Faculdade de Medicina e as sucessivas Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia denotam o conflito maior entre duas práticas distintas: de um lado a caridade e de outro o ensino médico — este último representando a tentativa de medicalização do hospital. Tais práticas foram obrigadas a conviver no mesmo espaço em face da ausência de outro hospital na capital do Império que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina. Aliás, o pleito por um hospital próprio parece ter sido a marca desta instituição desde a sua criação. A primeira tentativa de se dotar a Faculdade de um prédio próprio foi feita no final do Império, sem que o projeto tenha saído do papel. Em 1918 é finalmente inaugurado o prédio da Faculdade na Praia Vermelha, porém as enfermarias da Santa Casa continuaram a ser o local da prática médica. Na década seguinte discute-se o plano para o Hospital das Clínicas da Faculdade, mas as obras iniciadas em 1927 são paralisadas quatro anos depois. Somente em 1978, com a inauguração do *campus* da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na ilha do Fundão, a Faculdade de Medicina ganha seu hospital próprio — o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Os entraves na relação entre a irmandade e a faculdade podem ser explicados, em parte, por estarem os médicos submetidos às regras de funci-

onamento impostas pela irmandade, até mesmo quando o hospital passou a ser dirigido por um médico, em 1852. Outro ponto de atrito enfatizado por Pimenta (op. cit.) era a presença dos estudantes nos corredores do hospital: considerado um local de caridade, a irmandade buscava restringir a permanência dos estudantes em suas dependências, bem como controlar os modos e atitudes dos alunos. As normas de conduta abrangiam desde a proibição de portar chapéus em seu interior — tratando-se de um lugar sagrado, o uso do chapéu era desrespeitoso — ao contato com os pacientes. O próprio regulamento editado em 1855 pela Irmandade define o hospital como “um lugar destinado à infelicidade e às dores, onde deve-se evitar toda a espécie de escárnio ou falta de caridade” (apud Pimenta, 2004, p. 4).

A chegada das irmãs da Sociedade de São Vicente de Paulo, dedicada ao trabalho com os pobres, em 1852³ reforçou, mesmo que simbolicamente, o papel do hospital como lugar de caridade, ao mesmo tempo que acirrou os conflitos com os médicos. Às freiras cabiam funções administrativas (supervisão de compras e co-administração) e de enfermagem (alimentação e cuidado com os doentes), e a elas era permitido o livre trânsito pelas enfermarias feminina e masculina. Também eram encarregadas da supervisão dos enfermeiros leigos e da animação da vida religiosa propriamente dita, tais como de missas, orações etc. (Pimenta, 2003, p.122).

Se por um lado à presença das irmãs vicentinas pode ser reputado o aguçamento da feição caritativa do hospital, por outro a criação do Hospício Pedro II e a conseqüente separação entre loucos e doentes, a restrição à aceitação de portadores de moléstias contagiosas e dos considerados incuráveis podem ser computadas entre as vitórias dos médicos no processo de medicalização então em curso naquele estabelecimento. De todo modo, esse foi um processo longo, e o controle do hospital pelos médicos só se daria efetivamente, no Rio de Janeiro, na década de 1920, como se verá posteriormente.

Othmal Keel (2001) ressalta que, quando a administração dos hospitais não estava a cargo do corpo médico, o conflito entre este e os gestores leigos ou religiosos, a controlar e impor regras de funcionamento, era inevitável. Os confrontos podiam se dar entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital. O mesmo pode ser dito acerca da infra-estrutura do hospital, pautada no serviço das religiosas e de enfermeiros desqualificados. Contudo, observa o autor (ibid., p. 32), “*tout cela n’empêche un ordre médical de s’instaurer progressivement par le biais des besoins thérapeutiques, ni une fonction sanitaire et médico-scientifique de se développer peu à peu dans les interstices des autres fonctions du système hospitalier*”.

Paralelamente ao processo de medicalização, nota-se o curso de uma laicização da assistência que se mostrou ainda mais muito longo, além de igualmente parcial e desigual do que a medicalização, na percepção de Othmar Keel (ib.). A laicização da saúde significa, grosso modo, a passagem de uma assistência paroquial para uma assistência comunal, pública (Nonnis, 2005) e pode significar simplesmente o controle do hospital pelos médicos, não só da parte administrativa como também dos cuidados com os doentes, comumente a cargo das irmãs de caridade – sendo essa última a etapa mais difícil de ser alcançada. Assim, esses dois movimentos são concomitantes e, de certa forma, indissociáveis.

O processo de laicização da saúde na Europa tem início no século XIX chama atenção para a fragilidade das ações das municipalidades, que afeta o alcance das ações propostas pela assistência sanitária local. Nesse cenário uma personagem exerce um papel importante na intermediação da relação entre as autoridades sanitárias e a população: o pároco. São eles são mediadores de médicos e de administradores, na medida em que a eficácia de uma campanha sanitária ou a questão das melhorias urbanas – a salubridade dos edifícios e das ruas – passa necessariamente por sua atuação e pelo seu poder de convencimento da população, sobretudo dos mais pobres; ao mesmo tempo em que procuram demarcar os espaços de atuação, ainda vagos, da beneficência paroquial e da assistência comunal. Outro fator vem a corroborar com o processo de laicização da saúde e está ligado ao desenvolvimento social das cidades, onde a ascensão ao poder municipal de uma elite protestante, judaica ou franco-maçônica, acelerou o processo de enfraquecimento do poder das obras confessionais, majoritariamente católicas, ao municipalizarem e profissionalizarem os trabalhos sanitários e sociais, como chama atenção Patrice Bourdelais (2005).

No caso do Brasil, a laicização do hospital foi um processo ainda mais longo e tenso. A disputa que contrapõe, de um lado, o hospital como lócus da ação da caridade e, de outro, o hospital como espaço da prática médica não foi característica apenas da Misericórdia do Rio de Janeiro. O Hôtel-Dieu de Paris, palco de diversas transformações da medicina, só conseguiu afastar a presença da Igreja do seu cotidiano em 1908, quando as freiras agostinianas foram afastadas do hospital e do cuidado aos doentes. E em outras Misericórdias brasileiras, como as de Porto Alegre e São Paulo, também houve tensão e atritos entre os médicos e a Igreja, esta representada tanto pela presença das freiras quanto pelas normas da irmandade.

No caso específico da Santa Casa de Porto Alegre, vale chamar a atenção para alguns aspectos salientados por Beatriz Weber (1999) que corroboram as interpretações até agora apresentadas. Essa Santa Casa foi instalada em 1803 e visava, a princípio, o atendimento aos viajantes e pobres, tendo aderido ao Com-

promisso da Irmandade da Misericórdia somente em 1814, quando passou a gozar de todos os privilégios e a ter todas as atribuições das demais Misericórdias.

A última década do século XIX trouxe duas alterações substanciais no funcionamento da Santa Casa de Porto Alegre: uma foi a chegada, em 1893, das irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizen⁴, que passaram a responder pela administração dos serviços econômicos e sanitários do hospital; e a outra foi a criação, em 1898, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, cujas aulas práticas começam a ser ministradas nas dependências do hospital. Ambos os eventos, distantes apenas cinco anos um do outro, refletem um duplo movimento, destacado pela autora (id.) em sua análise: de um lado, a presença das franciscanas reafirma o papel da religião católica no controle do hospital e, de outro, marca o início do processo de medicalização do hospital.

A preocupação com a terapêutica assumiu lugar central na vida hospitalar na Misericórdia de Porto Alegre somente a partir da criação da Faculdade de Medicina. Beatriz Weber (id.) afirma que, mesmo os médicos eram apenas um dos grupos a disputar o controle do hospital. E tal como acontecera na Misericórdia do Rio de Janeiro algumas décadas antes, a convivência, em um mesmo espaço, do hospital como lócus de terapêutica com o hospital de caridade não foi tranqüila. As freiras de fato levaram a efeito a organização do cotidiano hospitalar e dos serviços de enfermagem, mas a sua relação com médicos e alunos foi permeada de atritos, sobretudo no que se refere a hábitos e atitudes desses últimos. A exemplo do que ocorrera no Rio de Janeiro em meados do século, as freiras consideravam que médicos e estudantes, ao percorrerem desnecessariamente os corredores, atrapalhavam o funcionamento do hospital.

Aos poucos os médicos assumiram o controle do hospital, e na década de 1920 participaram da organização de novos prédios e da construção de um novo hospital. Para Weber (id., p. 169),

“Na Santa Casa, mantinha-se a conexão entre a caridade religiosa e seus significados com a ciência médica, sem que isso representasse uma ruptura. Convivia uma perspectiva místico-religiosa perfeitamente articulada com uma visão científica. A administração da Santa Casa sempre elogiou os médicos pelos seus conhecimentos científicos e pela *dedicação e generosidade* com que prestavam serviços aos pobres” (grifo da autora).⁵

O processo de medicalização da Santa Casa de Porto Alegre permite estender a reflexão aqui realizada a outras Misericórdias do Brasil e a suas relações com o ensino médico. A Misericórdia de Salvador não fugiu aos momentos

de confronto vividos entre os médicos e as irmãs de caridade. Segundo Venézia Rios (2001), a chegada das irmãs vicentinas à Misericórdia de Salvador em 1856, com o objetivo claro de disciplinar o funcionamento do hospital, desagradou médicos e internos da Faculdade de Medicina, que foram impedidos de permanecer nas dependências do hospital depois das 18 horas. A autora destaca que, apesar dos elogios da Mesa Diretora da Irmandade ao trabalho e à dedicação das irmãs, era difícil a relação entre elas e os médicos, demais empregados e pacientes, o que demonstra os limites da convivência de práticas médicas e culturais diversas no interior daquele hospital.⁶

Renilda Barreto (2005) observa, entretanto, que o conflito mais forte vivido no Hospital da Misericórdia baiana não se deu entre as irmãs de caridade e a Faculdade de Medicina, mas sim entre os médicos e o governo da província, que por diversas vezes tentou intervir no funcionamento do hospital, o que, para a autora, denotaria mais uma disputa de poder do que divergências nas questões médico-assistenciais.

Pode parecer estranha a inserção tardia das irmãs de caridade nas Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador — e o exemplo de Porto Alegre demonstra que a instalação de uma Misericórdia não pressupõe a presença de ordens religiosas em suas dependências. Porém, ao contrário do que ocorria na França — onde a abertura de um Hôtel-Dieu exigia a autorização papal e era comum a presença de ordens monásticas no cuidado aos doentes e na administração, reforçando a ligação desses hospitais com a Igreja Católica —, a não-obrigatoriedade das ordens religiosas nas Misericórdias acentuava o caráter leigo de suas obras de caridade. Nestas a Igreja católica se fazia presente pela igreja da irmandade, pelo capelão e pela caridade dos irmãos e da população em geral.

Essa era uma característica forte da Irmandade da Misericórdia. A de Lisboa, por exemplo, não contou com a presença de freiras até 1857, quando a imprensa médica portuguesa começou a questionar a necessidade de se chamarem freiras para o cuidado dos doentes. Argumentavam que não havia ninguém melhor do que elas para assumir o cotidiano do hospital com eficiência e a baixo custo, argumento este também amplamente utilizado pelos defensores da presença das irmãs nas Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador. Sabe-se, porém, que a Mesa Diretora da Misericórdia de Salvador cogitou, desde 1834, a entrada de freiras para o serviço de enfermagem e para a direção do Recolhimento e da Casa dos Expostos (ibid.).

Por seu duplo papel de hospital público e privado, no Brasil as Misericórdias se transformaram, ao longo da história, em sinônimo de socorro médico. E foi justamente essa característica que as levou a representar um terceiro papel, o de hospital universitário, que por sua vez acabou por fazer com que a terapêutica ganhasse suas enfermarias. As que primeiro adequaram suas estruturas à ação

da medicina terapêutica foram as Santas Casas da Bahia e do Rio de Janeiro, por abrigarem as mais antigas faculdades de medicina do país. Depois, com o advento da República e a abertura de escolas médicas em outras cidades.

A partir de 1870 as mudanças por que passavam a medicina e seu ensino no Velho Mundo repercutiram na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro transformando-a, assim como a relação dos médicos com o hospital. Também surgiram outros espaços de cura como as casas de saúde e a Policlínica Geral, esta última criada em 1881, que recebiam parte da população não atendida pelos hospitais existentes e médicos formados pela Faculdade. Foi o período em que se consolidaram questões da prevenção e da cura, o tempo do higienismo, e as novas idéias trariam conseqüências também para o Brasil (Edler, 1992; Sanglard 2005).

Apesar do desenvolvimento da prática médica, a Santa Casa da Misericórdia continuava a ser o único espaço aberto a todos, ainda que cada vez mais se tentassem restringir as ‘doenças’ admitidas em seu hospital. Vale lembrar que o prestígio da instituição refletia em seu corpo médico, o que contribuía para a permanência dos médicos em suas enfermarias. A ausência de outro espaço público de atuação e o prestígio agregado eram componentes do cenário que reunia assistência, prática médica e ensino nas dependências da Santa Casa.

As últimas décadas do século XIX foram decisivas para que o hospital se tornasse o lugar da terapêutica, ou seja, para que ele fosse efetivamente medicalizado, e as descobertas de Pasteur tiveram um papel importante nesse processo. Como já foi dito anteriormente, a criação do Instituto Pasteur mudou a relação da caridade com a medicina e também serviu de parâmetro para o surgimento de diversas instituições por todo o mundo ocidental. O Brasil e o Rio de Janeiro, em particular, não passaram alheios a tal movimento.

1.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo procuro situar os primórdios da prática médica no Brasil e sua estreita relação com os hospitais mantidos pelas Misericórdias, como intuito de melhor compreender e caracterizar a singularidade da assistência hospitalar no país.

Na organização político-religiosa do Brasil colonial e imperial, a caridade e a assistência estiveram baseadas nas ações de instituições leigas de devoção — afinal, uma das características das irmandades e ordens terceiras era a sua reunião em torno da devoção a um determinado santo —, não existindo muito espaço para as ações individuais. Gilberto Freyre (2000) chama a atenção para a mística que cercava os donativos e legados feitos às irmandades, notadamente à Misericórdia, a ponto de essas práticas se tornarem uma das marcas da vida religiosa do Brasil na virada do século XIX para o século XX. Não só por seu caráter

religioso e caridoso como também pelo prestígio social a ela agregado desde os tempos coloniais, uma vez que a hierarquia das irmandades refletia a hierarquia social existente. Assim, ser irmão da Misericórdia era símbolo de prestígio, da mesma forma que — guardada a devida hierarquia — o era participar das outras irmandades e ordens terceiras.

Quanto à prática médica, o século XIX distinguiu-se pelo processo de medicalização do hospital, que aos poucos foi se transformando em espaço de terapêutica em detrimento da caridade. No Brasil tal processo esteve intimamente ligado à criação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a todas as transformações do ensino médico e ao seu impacto no cotidiano hospitalar das Misericórdias dessas duas cidades. Na França, como foi salientado, a questão da assistência modificou-se gradualmente após a segunda metade do século XIX, por um lado com o surgimento do mutualismo e, por outro, devido a inovações técnicas da medicina, encontrando seu ápice nas descobertas de Pasteur e na criação do instituto que leva seu nome.

Esse cenário de mudanças atingiria a área da assistência, no Brasil. As ações das irmandades e ordens terceiras modificaram-se no decorrer do século XIX, e a segunda metade do Oitocentos viu surgir caixas de socorro e previdência, como a Caixa Econômica, criada por decreto governamental em 1861, e o Monte Pio dos Servidores, ambos de caráter previdenciário (Allain, 1886, p. 236 et seq.). Também foram formadas instituições cuja principal função era afirmar o papel da medicina na melhoria das condições de vida da população, a exemplo da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1881), da Policlínica de Botafogo (1899) e dos pequenos Institutos Pasteur⁷ nas capitais brasileiras. E certamente a criação de órgãos públicos como o Instituto Bacteriológico (1893) e Butantã (1901), em São Paulo, e o Instituto Soroterápico Federal (1900), no Rio de Janeiro, podem ser considerados ao mesmo tempo *indício* de uma nova mentalidade médico-assistencial a se constituir no país, na qual a medicina passa a ser vista como instrumento de melhoria das condições de vida, e *resultado* de um processo, em que a terapêutica suplanta a caridade na gestão hospitalar.

Contudo, será somente nos anos de 1920, a partir da gestão de Carlos Chagas no Departamento Nacional de Saúde Pública e no bojo da Reforma Sanitária de 1920 que perceber-se-á uma mudança na organização da assistência hospitalar na Capital Federal – respondendo, em certa medida, à preocupação que Carlos Chagas demonstrava, na criação de hospitais mesmo que específicos, atendessem às chamadas ‘nosologias habituais’. Esse processo será melhor percebido, sobretudo, a partir da abertura do Hospital São Francisco de Assis, em 1922. O Hospital São Francisco de Assis é o primeiro hospital geral gerido pelo poder público no Rio de Janeiro e que pode ser considerado também como a

primeira resposta oficial à falta de leitos na cidade. Carlos Chagas demonstrava a esse seguiram o Hospital-Abrigo Arthur Bernardes (1924, vinculado à Inspetoria de Higiene Infantil); o Hospital-Colônia de Curupaity (1922), o Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929) e o Hospital do Câncer (1927-1934) – os três vinculados às ações da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, sendo os dois últimos construídos graças à benemerência do industrial carioca Guilherme Guinle.

O projeto de Carlos Chagas alcançaria seu auge com a abertura do Hospital de Clínicas Arthur Bernardes para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que começa a ser projetado e construído no final dos anos de 1920, que atenderia a um duplo objetivo: de um lado, resolveria o problema crônico da falta de leitos no Rio de Janeiro; e por outro lado, dotaria a Faculdade de um ‘equipamento de saúde’ próprio, não mais dependente da Santa Casa da Misericórdia e o processo de laicização da assistência também seria concluído, tendo em vista que o corpo de enfermagem seria formado no próprio hospital – na Escola de Enfermagem a ele contígua. Mas a construção desse hospital não foi concluída.

As propostas de Carlos Chagas para a Assistência Hospitalar na Capital Federal iniciaram um processo de mudança que só seria efetivado na década seguinte. E é a partir dos anos de 1930 que se pode falar de uma laicização da saúde no país, pois mesmo que o processo de medicalização do hospital estivesse bem adiantado, a presença das freiras no Hospital das Misericórdias e o papel por elas desempenhado reafirmava a tensão entre a caridade e a medicalização.

REFERÊNCIAS

ALLAIN, Emile. *Rio de Janeiro - quelques données sur la capitale et sur l'administration du Bresil*. Paris/Rio de Janeiro: L.Firenze et Cie, Editeurs/Lachaud et Cie; 1886.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *Mulheres doentes e doenças de mulheres: práxis clínico-cirúrgica em Salvador e Lisboa na primeira metade do século XIX*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, tese de doutorado, 2005.

CAVALLO, Sandra. *Charity and power in Early Modern Italy – benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge; Cambridge University Press: 1995.

BOURDELAIS, Patrice (dir.). *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe - XXe siècles)*. Paris: Belin; 2001.

BOURDELAIS, Patrice. « Les bureaux d'hygiène municipaux (1879-1900) – connaître, décider, innover, assister, convaincre et diffuser ». IN : BOURDELAIS, Pa-

- trice et FAURE, Olivier. *Les nouvelles pratiques de santé – XVIIIe – XXe siècle*. Paris : Belin : 2005.
- EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Departamento de História/USP; 1992; dissertação de mestrado; mimeo.
- FAURE, Olivier. *Les Français et leur médecine aux XIX^e siècle*. Paris : Belin ; 1993.
- _____. *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e Siècles)*. Paris. Anthropos Historiques, 1994.
- FAURE, Olivier et DESSERTINE, Dominique. *La maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940)*. Paris: Mutualité Française; 1994.
- FOUCAULT, Michel. “La politique de la santé au XVIIIe siècle » IN : FOUCAULT, Michel et alli. *Les machines à guérir (aux origines de l’Hôpital moderne)*. Bruxellas/Liège : Pierre Mardaga Editeur, 1995.
- FREYRE, Gilberto. *Ordem e progresso*. Rio de Janeiro: Record; 5^a. ed.; 2000.
- IMBERT, Jean (dir). *Histoire des hôpitaux en France*. Paris: Privat; 1991.
- KEEL, Othmar. *L’avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750-1815*. Montréal/Genève: Presses Universitaires de Montréal/Georg Ed.; 2001.
- KILPATRICK, Robert. “Living in the light - dispensaries, philanthropy and medical reform in late-eighteenth-century London”. IN: CUNNINGHAM, Andrew et FRENCH, Roger. *The medical enlightenment of eighteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990; p. 254-280.
- MELO, Mariana Ferreira de. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1882)*. PUC/RJ, 1997, dissertação de mestrado, mimeo.
- Musée de l’Assistance Publique*. Paris; [s.n.]; 1998.
- NONNIS, Serenella. « Le curé dans la ville, novateur malgré lui, Italie, XIXe – XXe siècle » IN : BOURDELAIS, Patrice et FAURE, Olivier. *Les nouvelles pratiques de santé – XVIIIe – XXe siècle*. Paris : Belin : 2005.
- PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. Unicamp; 2003; tese de doutorado; mimeo.
- RIOS, Venézia Durando Braga. *Entre a vida e a morte: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador – 1860-1880*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2001 (dissertação de mestrado).
- RUSSEL-WOOD, A.J. R.. *Fidalgos e filantropos – a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: ed. UNB; 1981
- SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro. 1920-1940*. Rio de Janeiro; 2005 (tese de doutorado).
- VIGARELLO, Georges. “L’hygiène des Lumières” IN: BOURDELAIS, Patri-

ce (dir.). *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe - XXe siècles)*. Paris: Belin; 2001.

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

WEIDLING, Paul. “The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany” IN: BARRY, Jonathan et JONES, Colin. *Medicine and charity before the welfare state*. London/New York; Routledge; 1991, p. 190-206.

NOTAS EXPLICATIVAS

¹ A Revolução Francesa, buscando romper os laços com a religião, extinguiu ordens religiosas, confiscou mosteiros e conventos e procurava retirar os religiosos dos cuidados médicos. O século XIX viu, aos poucos, a volta dos religiosos ao controle dos hospitais e o surgimento de diversas obras de caráter caritativo, sendo a mais importante delas a Sociedade de São Vicente de Paulo, cuja obra social era destinada aos cuidados aos pobres, inclusive cuidados médicos. A separação definitiva entre a Igreja e a assistência médica só se daria no início do século XX (1908), com a saída das freiras agostinianas do Hôtel-Dieu de Paris (Musée... , op. cit.).

² O ‘pausteurianismo preventivo’ pode ser percebido em dois caminhos diferentes que levavam, ambos, ao controle social: de um lado a medicina, a nova via de controle do pobre; de outro o urbanismo, ciência que se estava configurando naquele momento, tanto na questão da cidade salubre como nas moradias salubres. Um bom exemplo são as *habitations à bon-marché* (HBM), construídas em Paris desde o final do século XIX e baseadas em preceitos higiênicos rígidos, em que o controle do pobre passava também pela moradia salubre. Nos projetos das HBM higiene, urbanização e filantropia estavam lado a lado (cf. Dumont, 1991).

³ As irmãs vicentinas foram convocadas pela Misericórdia do Rio de Janeiro em 1849, no contexto da primeira epidemia de febre amarela (cf. Pimenta, 2003).

⁴ Segundo Beatriz Weber (id., p. 155 et seq.), as franciscanas chegaram ao Rio Grande do Sul em 1872 e criaram a seguir o Hospital Nossa Senhora das Dores para a realização de suas obras de caridade. A presença de religiosos europeus fazia parte da tentativa de reforma da Igreja Católica no país. No caso específico da província de Rio Grande, tinha em vista também a assistência dos colonos espalhados pelo seu território. O Hospital Nossa Senhora das Dores foi desativado quando elas passaram a controlar a Santa Casa e o seu prédio, ocupado pelo Recolhimento.

⁵ Vale atentar que as freiras franciscanas assumiram a administração-geral da Santa Casa de Porto Alegre a partir de 1920 (cf. *ibid.*, p. 169).

⁶ Venézia Rios (id.) aponta a ocorrência de queixas de maus-tratos e agressões infligidas pelas irmãs a pacientes internados na Misericórdia de Salvador; alguns desses casos ganharam, na época, as páginas da imprensa cotidiana.

⁷ Em 1888, pouco antes da inauguração do Institut Pasteur de Paris, é inaugurado nas dependências da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro o Instituto Pasteur do Rio de Janeiro sob os auspícios do Imperador Pedro II – esse instituto tinha como função a fabricação da vacina anti-rábica. A este, sucederam-se outros com o mesmo objetivo, à exceção daquele de São Paulo (1895) que além da vacina anti-rábica se propunha à fabricação do soro anti-diftérico e promovia cursos de bacteriologia, sendo o que mais se aproximava do modelo francês. (cf. Sanglard, 2005)