

**SAÚDE PÚBLICA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: DA EPIDEMIA DE CÓLERA  
DE 1855 ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA VELHA (1889-  
1930)**

**SÉRGIO RANGEL RISSO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense/Darcy Ribeiro (CCH/UENF) como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de MESTRE em Políticas Públicas.

**Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Carlos Henrique Aguiar Serra**

Campos dos Goytacazes – RJ

Abril de 2006

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do CCH / UENF

010/2006

Risso, Sérgio Rangel

Saúde pública em Campos dos Goytacazes: da epidemia de cólera de 1855 às políticas de saúde na república velha (1855-1930). /Sérgio Rangel Risso. – 2006.

115 f. : il

Orientador: Carlos Henrique Aguiar Serra

Dissertação de Mestrado em Políticas Sociais – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem. Campos dos Goytacazes, RJ, 2006.

Bibliografia: f. 109 – 112

1. Saúde pública – história – Campos dos Goytacazes, RJ. 2. Política de Saúde – Campos dos Goytacazes, RJ. 3. Sanitarismo. 4. Filantropia. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Centro de Ciências do Homem. II. Título.

CDD – 361.613

Para Edilson, Maria (minha mãe) e  
dona Bela (in memoriam), pelos exemplos  
de bem viver!



*Cirurgião Negro*

“Todo locatário ao tomar uma casa deve antes de tudo, se certificar do estado sanitário da nova habitação, e se assegurar do perfeito esgotamento dos resíduos da vida cotidiana”.

(Máxima sanitária elaborada pela Sociedade Internacional de Higiene e Sanitarismo, adaptada à situação brasileira pelo engenheiro R. S. de Brito)

## Agradecimentos

Esse é sempre um momento agradável e relaxante numa dissertação ou tese: agradecer... Significa que o trabalho está concluído e que é hora de lembrar dos que acompanharam o processo ou que tenham contribuído de forma direta ou indireta para os resultados apresentados aqui. Então, vamos lá.... A Edeilson Fernandes, meu companheiro, por sua importância na minha trajetória de vida e por acreditar sempre que seria possível; ao meu orientador, Prof<sup>o</sup>. Dr. Carlos Henrique, por aceitar o desafio de um orientando “cheio de idéias” mas pouco tempo para trabalhar, pela ajuda acadêmica e, principalmente, pela enorme paciência que teve até aqui; ao amigo Eugênio Soares, que desde o início do projeto me ajudou com suas sugestões teórico-metodológicas e inspiração, sendo de certa forma um cúmplice nessa minha aventura; a amiga Vera Vasconcelos (Verinha), pela torcida e pela convivência tão boa e enriquecedora dos últimos tempos; a Fernando Vasconcelos (Nandinho) pela força e pelos muitos momentos de bom humor; a Silvia Paes (Diretora do Museu Campos dos Goytacazes), pelas dicas e importante ajuda, ao permitir que eu tivesse livre acesso aos documentos do acervo daquela instituição; a minha irmã Cristiane (Cris), que ajudou com os textos em inglês e com a leitura da dissertação, sempre “agüentado” meus pedidos de última hora...; ao amigo Alcir Alves que fez a revisão final do texto; a Jéssica Carvalho (aluna no curso de História da Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO) pela ajuda voluntária na pesquisa de documentos nos arquivos do Rio de Janeiro e na Internet; aos colegas de Mestrado da turma 2003 pelas experiências pessoais e acadêmicas compartilhadas, em especial aos amigos Gecéa e Rogério; a Geraldo Dinis (Secretário do Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais da UENF) pelas conversas agradáveis, dicas e orientações que muito me ajudaram a “sobreviver” às estruturas burocráticas da universidade; a Regina e Yolanda (diretora e vice da Escola Municipal Dr. Luis Sobral) por me liberarem de parte de minhas funções como professor, para que pudesse me dedicar a pesquisa nos momentos finais. A todos, obrigado! Agradeço ainda a Campos dos Goytacazes pela inspiração deste trabalho, minha cidade e cenário de minhas conquistas mais importantes... terra onde sempre estou feliz!

# SUMÁRIO

P.

---

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo I – Discursos e Práticas sobre a Saúde (séc. XIX e XX): sanitarismo, campanhas médicas e filantropia;</b> .....	19
1.1 – Com a medicina social renascem os Hospitais; .....	30
1.2 – Uma breve visão da saúde no Brasil Colonial;.....	34
1.3 – As políticas de saúde no final do Império e Primeira República; ...	37
<b>Capítulo II – <i>A Mão da Misericórdia</i>: filantropia e caridade como padrão de ação social no Brasil;</b> .....	43
2.1 – O nascimento da Misericórdia: as origens da irmandade em Portugal e sua transferência para o Brasil; .....	44
2.1.1- Provedores, irmãos e benfeitores;.....	48
2.1.2 – Organização e funcionamento geral da Misericórdia;.....	51
2.1.3 – Auxílio aos presos; .....	54
2.1.4 – Serviços funerários; .....	56
2.2 – A Misericórdia em Campos dos Goytacazes.....	57
2.3 – A epidemia de cólera de 1855; .....	78
2.4 - Ideologias e práticas médicas em Campos dos Goytacazes;.....	84
<b>Capítulo III – <i>O Longo Braço da Misericórdia</i>: a permanência e o domínio da filantropia nas ações do Estado republicano brasileiro (1889-1930); .....</b>	94
3.1 – Mudança no perfil da caridade; .....	101
<b>Considerações Finais;</b> .....	105
<b>Bibliografia;</b> .....	110
<b>Fontes Primárias;</b> .....	113

<b>Fontes</b>	
<b>Secundárias;</b> .....	114
<b>Internet;</b> .....	115
<b>Anexo – I</b>	
<b>Anexo – II</b>	
<b>Anexo – III</b>	
<b>Fotografias</b>	

## LISTAS

### Figuras/Fotografias

**FIGURA 1** - *Cirurgião Negro*, personagem importante no auxílio e tratamento dos doentes pobres no Brasil. (pintura de Jean Batiste Debret)

**FOTO 1** - Vista lateral da Praça São Salvador, com destaque para a igreja consagrada a *Nossa Senhora Mãe dos Homens* pertencente à *Misericórdia* de Campos.

**FOTO 2** - Vista da Igreja de *Nossa Senhora Mãe dos Homens* (Misericórdia) e do hospital *da Santa Casa de Misericórdia* (Hospital original no centro de Campos que foi demolido em 1966).

**FOTO 3** - Praça São Salvador, com visão frontal *da Igreja Mãe dos Homens* e o hospital *da Santa Casa de Misericórdia*.

**FOTO 4** - Praça São Salvador, com vista de frente para a *Câmara Municipal* (prédio antigo).

**FOTO 5** - Prédio e capela de *Nossa Senhora da Lapa* (antigo *Asilo das Órfãs e Expostas da Irmandade da Misericórdia*). Ainda hoje pertencente à *Santa Casa de Misericórdia* de Campos, onde atualmente funciona uma instituição de assistência social ligada àquela entidade.

**FOTO 6** – Idem FOTO 5.

**FOTO 7** – Idem FOTOS 5 e 6.

**FOTO 8** - Placa presente na fachada principal do antigo *Asilo de Nossa Senhora da Lapa*, identificando hoje a situação do prédio.

**FOTO 9** – Terreno no centro de Campos dos Goytacazes onde existiu até 1966, o hospital *da Misericórdia* e a *Igreja Mãe dos Homens*. Hoje no local funciona um estacionamento que é explorado comercialmente pela *Santa Casa*.

**FOTO 10** – Idem FOTO 9.

**FOTO 11** – Espaço (terreno) que era ocupado pelo prédio da *Santa Casa* no centro de *Campos de Campos dos Goytacazes* (visto por outro ângulo).

**FOTO 12** – Idem FOTO 11.

## **Quadros**

**Quadro 1.0:** doadores e quantias (heranças) deixadas para o Hospital e o Asilo – 1873.

**Quadro 2.0:** imóveis pertencentes ao Hospital e ao Asilo – 1873.

**Quadro 3.0:** valor do atendimento aos doentes/valor dos enterros (1860).

**Quadro 4.0:** atendimentos (1872).

**Quadro 5.0:** atendimentos (1873).

**Quadro 5.1:** doentes que deram entrada no ano de 1873.

**Quadro 5.2:** curas e mortes (1873).

**Quadro 5.3:** MORTES (nacionalidade/sexo) –1873.

**Quadro 5.4:** CURAS (nacionalidade/sexo) –1873.

**Quadro 6.0:** Tipologia das organizações sociais por períodos históricos (apud. MESTRINER, 2001).

## GLOSSÁRIO

### **Siglas**

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DSI - Doutrina Social da Igreja

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

MES - Ministério da Educação e Saúde

SFMC - Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia

## **Resumo**

Este trabalho discute a responsabilidade histórica do poder público no Brasil em relação às questões sociais, em especial aos problemas ligados à saúde da população e ao acesso aos serviços médicos. A partir da observação das condições sócio-econômicas e médico-sanitárias da cidade de Campos dos Goytacazes, durante o Império (a partir de 1850) e de parte da República (até 1930), analisamos um quadro geral marcado pela presença maciça da caridade/filantropia e exemplificado pela existência das Santas Casas de Misericórdia. Articulado com as estruturas sócio-culturais da sociedade brasileira, esse padrão de filantropia caritativa influenciou, em última instância, a permanência da omissão e do descaso do Estado e a dificuldade para a emergência de políticas efetivas de inclusão das camadas populares. São assuntos tratados ainda: políticas de saúde, hospitais, sanitarismo, reformas urbanas, epidemias e ação social.

## **Abstract**

This work discusses the historical responsibility of the public power in Brazil in relation to the social questions, in special to the problems linked to the health and the population's access to the medical services. From the observation of the social-economic and medical-health conditions in Campos dos Goitacazes city, during the Empire (from 1890) and part of The Republic (to 1930), we analysed a geral situation marked by the whole presence of the charity, whose the best example was "Santa Casa de Misericórdia". Together with the social-cultural estruturas of the Brazilian society, this kind of charity, determined by the constant omission and the lack of interest of the State and the difficulty to emergency of efective politics to the population. We also discussed the following topics: Health politics, health measures, urban reform, epidemics and social action.

## Introdução

### Origens e motivações da pesquisa;

Saúde pública em Campos dos Goytacazes é o tema macro desta dissertação. Como todo tema de pesquisa, este também, foi produto de uma escolha arbitrária que eliminou outras possibilidades e expressou as próprias paixões do autor, além de suas esperanças. Dizendo isso, estamos aqui assumindo toda a responsabilidade sobre suas possíveis falhas, ao mesmo tempo em que manifestamos nossos desejos sobre os resultados. Quanto ao “sucesso” das escolhas teóricas e metodológicas, se foram felizes ou não, só as contribuições que a pesquisa trouxer ou os julgamentos posteriores de quem vier a ler este trabalho poderão dizer. Mas é justo que se diga então, a motivação que nos moveu até aqui.

Desde a década de 1970 que as reflexões teóricas sobre a saúde têm se pautado em torno da questão da extensão da cobertura dos serviços médicos e do papel que cada agente (Estado, sociedade e indivíduo) deve desempenhar na construção de um modelo eficiente para o setor. O reconhecimento da responsabilidade do Estado em garantir direitos básicos universalizados que emergiu desse debate, levou a formulação da proposta de Saúde para todos no Ano 2000, apresentada no Congresso Mundial da Saúde de 1978<sup>1</sup> (PAIM & FILHO, 2000). Acompanhando a importância crescente do tema, os estudos na área se intensificaram nas duas últimas décadas no Brasil, articulando-se às discussões sobre políticas públicas, às transformações que vêm sofrendo o *welfare state*<sup>2</sup> em

---

<sup>1</sup> Em 1978 aconteceu em Alma-Ata, na então URSS, a Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A conferência contou com a presença de representantes de 134 países, 67 organizações internacionais e muitas organizações não governamentais. Ao terminar o evento, quase todos os países do mundo tinham assumido um compromisso ambicioso: “Saúde para todos no ano 2000”. A conferência em si, a declaração final de Alma-Ata e as suas recomendações, mobilizaram países ao redor do mundo para pôr em marcha um processo lento, mas contínuo, que levasse à meta social e política de “Saúde para Todos”. Desde então, Alma-Ata e atenção primária à saúde são termos inseparáveis.

<sup>2</sup> Com a crise econômica da década de 1930 (*CRISE de 1929*) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o papel do Estado no sistema capitalista mudou substancialmente. Além de exercer a função de planejador da economia nacional e de regulador das crises, como já vinha pregando o

escala mundial e às mudanças ocorridas na própria sociedade brasileira. Os trabalhos produzidos<sup>3</sup> analisam aspectos variados e focalizam diferentes épocas, formando um conjunto de contribuições importantes para a compreensão da trajetória dos direitos sociais no país, ao mesmo tempo em que colocam a saúde pública como tema recorrente nas análises sociais.

Saúde pública, no entanto, é um conceito muito abrangente, comportando pelo menos duas subdivisões, que de acordo com MERHY&QUEIROZ (1993) seriam: a) as ações preventivas de higiene e imunização, com forte aspecto sanitarista e de intervenção sobre os espaços; b) a ação médica propriamente dita, com o objetivo de curar a doença já instalada através da clínica e da terapêutica. Optamos por considerar neste estudo os dois aspectos mencionados, com ênfase no segundo (funcionamento de hospitais, atendimento de emergência, tratamento, exames, etc) oferecidos à população de Campos dos Goytacazes.

Estudar as condições médico-sanitárias de uma cidade é, de certa forma, tentar compreender a própria cidade e a vida de sua população. Portanto, conhecer a história da antiga vila de São Salvador, hoje Campos dos Goytacazes, e as condições de vida de sua população num passado recente (final do séc. XIX e início do XX), era o desejo primitivo por trás das escolhas feitas aqui. Acreditávamos ser possível através de um estudo sobre a saúde, determinar as condições sócio-econômicas de Campos, já que em nossa perspectiva a saúde pública possui uma enorme dimensão social. Nossa intenção era produzir um trabalho que a partir da análise da saúde, ajudasse na compreensão de parte da história da região, delimitando num sentido mais amplo a trajetória dos direitos sociais no país.

Nosso problema inicial consistia em tentar responder quais eram os serviços de saúde pública disponíveis para a população durante o Império (II Reinado–1850) e a Primeira República (até 1930) em Campos e qual o nível de participação do poder público na oferta desses serviços. Com o avanço das leituras e do trabalho de pesquisa, percebemos que a resposta era simples demais e, óbvia também. Os

---

*Keynesianismo*, o Estado passou a atuar de forma determinante na *ÁREA SOCIAL* a partir da década de 1950 e ao longo 1960, procurando garantir à todos os cidadãos, *saúde e educação pública, renda mínima, aposentadoria e habitação*. Essas tendências dos governos para investir na *área social*, foram observadas nas áreas de capitalismo avançado, ou seja, principalmente nos *Estados Unidos, Europa Ocidental e Japão*. Nos fundamentos da política do Welfare State, está à idéia de que todo o cidadão tem o direito de ser *protegido e assistido* pelo Estado. Portanto, o Estado deve atender às necessidades humanas básicas, principalmente de proteção à saúde e ao emprego.

<sup>3</sup> A Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) têm sido nos últimos anos uma importante referência em termos de estudos na área de saúde pública realizados no Brasil. Criada a partir do Instituto Soroterápico Federal, implantado em 25 de maio de 1900 no Rio de Janeiro (capital do país), com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste, a Fiocruz é o mais importante centro de pesquisa na área biomédica e de saúde pública do país e da América Latina.

serviços no formato que procurávamos eram inexistentes, como também era inexistente a presença dos governos frente ao problema em questão. Os motivos dessa ausência já haviam sido apontados de forma ampla na literatura que analisou o Brasil e o Estado brasileiro numa perspectiva histórica: a questão social e as massas populares só recentemente tornaram-se prioridade na sociedade brasileira.

Percebemos que em face das condições histórico-sociais em que se organizou a sociedade brasileira, não se poderia esperar uma rede de assistência para a saúde da população promovida pelo Estado no período proposto. Um padrão de assistência abrangente só ganharia sentido prático e justificação ideológica, na segunda metade do séc. XX com a criação do *welfare state* nas áreas de capitalismo avançado (SADER & GENTILI, 1995), ou seja, algo muito distante da excludente realidade social brasileira. No entanto, permanecia a validade de parte de nossa questão: quais aspectos dos serviços de saúde estavam disponíveis para a população e qual era a postura do poder público frente às questões sociais em Campos dos Goytacazes.

Estava bastante claro que a responsabilidade do Estado quanto aos problemas sociais era historicamente nula no Brasil Imperial e na Primeira República, postura que só começaria a mudar a partir de 1930, mas nos faltava compreender a lógica que orientava a omissão, o descaso, a falta de atitude do poder. Ao mesmo tempo não poderíamos perder de vista o fato de estarmos analisando uma sociedade altamente excludente em sua formação, autoritária e hierarquizada, profundamente marcada pelo regime escravista e pela marginalização de extensas parcelas da população. Esperar que houvesse cidadania<sup>4</sup> num ambiente assim, seria não só ingênuo como teoricamente impróprio. Mas, por outro lado, continuar reproduzindo as explicações tradicionais não resolvia nosso problema, ou seja, continuar argumentando que os governos não cuidavam das questões sociais em virtude das características histórico-sociológicas brasileiras, era não só desnecessário, como óbvio também.

A pesquisa passou a ser orientada com o objetivo de compreender a lógica de funcionamento de um quadro que se definia muito antes do período que

---

<sup>4</sup> A noção de cidadania aqui adotada aparece em Liszt Vieira (ver referência completa na Bibliografia desta dissertação), *“como um conjunto de práticas - jurídicas, políticas econômicas e culturais - que definem uma pessoa como um membro competente da sociedade”*.

analisávamos: a falta de ação do poder público frente às questões sociais<sup>5</sup>, e em especial frente à saúde, tinha suas raízes na própria colonização e na formação das relações do Estado com a sociedade. A presença da filantropia e da caridade entregue aos religiosos ou aos *homens bons*, aparecia como um padrão persistente em nossas análises. Então, passamos a realizar um estudo comparativo com o objetivo de apontar as permanências do que chamamos de padrão de assistência caritativa e filantrópica e, sobretudo, dos momentos mais marcantes de ruptura com ele. O ambiente de observação continuava a ser Campos dos Goytacazes, a antiga vila de São Salvador, na segunda metade do séc. XIX e primeira do séc. XX (1855-1930), que apresentava todos os elementos sociais complexos que nos interessavam: uma cidade do interior, fundada no período colonial, escravista e de forte tradição rural.

Nossa atenção ficou concentrada naquele que foi o estabelecimento de saúde e de assistência social mais importante, e que por muito tempo foi o único que funcionou no Brasil: a Santa Casa de Misericórdia. As Misericórdias são o objeto privilegiado no estudo que apresentamos nesta dissertação, porque foi possível através delas responder as nossas questões iniciais: determinar as características dos serviços de saúde existentes e perceber a postura do poder público frente ao problema, não só da saúde no sentido estrito, mas da assistência social à população no sentido mais amplo.

A trajetória da irmandade portuguesa da Misericórdia no Brasil foi muito reveladora para nosso propósito. Ela chegou aqui com a colonização, manteve seu perfil de atuação durante o Império e a República, tendo sido por séculos a instituição fundamental de uma rede ampla de assistência caritativa e filantrópica, que ainda hoje funciona em várias cidades brasileiras. A rede de assistencialismo que detectamos com a pesquisa, era formada por ordens religiosas (como as Ordens Terceiras), irmandades leigas (como era o caso da própria Misericórdia) e associações beneficentes e de ajuda mútua (como as Beneficências Portuguesas). Juntas essas entidades atuavam em várias áreas da assistência social à população, em especial a médico/hospitalar, sendo a Misericórdia a mais importante e destacada de todas.

---

<sup>5</sup> Questão social é entendida aqui a partir das análises de Gisálio Cerqueira Filho, compreendendo um conjunto vasto de questões referentes à condição de vida material das pessoas e dos grupos humanos, que colocaram para as sociedades e o Estado, novos problemas de ordem econômica, políticas e social, em meio ao desenvolvimento do sistema capitalista industrial.

À medida que a sociedade crescia e se tornava mais complexa, a rede caritativa e filantrópica também foi se tornando cada vez mais ampla. A partir da segunda metade do séc. XIX encontra-se com freqüência em funcionamento também sociedades de Beneficência Portuguesa<sup>6</sup> e médico-científicas, entre outras desse tipo em várias partes do Brasil. Resultado dos esforços de comunidades de estrangeiros ou de grupos específicos, essas instituições tinham como preocupação principal prestar serviços de saúde para seus membros, para os quais, muitas vezes, fundavam e mantinham um hospital.

Mas apesar de existirem outras entidades dedicadas à assistência, a Santa Casa era, sem dúvida, o pilar de sustentação da rede, a organização mais importante no quadro da caridade institucionalizada. A fundação antiga que coincide com os primeiros movimentos da colonização, a abrangência dos serviços que prestava, a presença em várias regiões do Brasil e, sobretudo, o prestígio que mantinha junto à sociedade, lhe conferiam tal importância. As Misericórdias são um dos elementos fundamentais para a compreensão da trajetória da saúde pública e da assistência social no Brasil do séc. XIX e parte do XX.

A Igreja Católica, desde a colonização, desempenhou papel central na ajuda aos pobres e doentes, mas ela não estava sozinha nessa tarefa embora, evidentemente, acumulasse funções importantes nessa área. Instituições já citadas, como as *Beneficências*, por exemplo, tinham inspiração caridosa e por certo “sofriam” algum grau de influência da Igreja, mas é importante notar que elas não eram necessariamente parte integrante do poder eclesiástico ou um simples “braço” assistencialista da Igreja Católica. Em muitos casos existia até certa “rivalidade” na disputa pelo monopólio da caridade entre Padres, as Ordens religiosas e as irmandades leigas.

As disputas ocorriam porque entidades como as Misericórdias e as *Beneficências* eram laicas, seculares, organizadas por membros da sociedade mais ampla, que não pertenciam aos quadros formais da estrutura eclesiástica, embora manifestassem suas intenções caritativas através de um discurso muitas vezes próximo dos temas religiosos. A Misericórdia, por exemplo, sempre lutou para se

---

<sup>6</sup> Em Campos dos Goytacazes passaram a funcionar no séc. XIX, entidades no formato de associações e sociedades de ajuda mútua como a Beneficência Portuguesa e as sociedades médicas. Junto com a *Misericórdia*, que tinha sido a única até então, elas atuavam como prestadoras de assistência médica ou social, cuidando das necessidades básicas da população. A *Sociedade Portuguesa de Beneficência* de Campos, por exemplo, foi fundada em 1852, construindo um hospital em 1872 que funciona desde então.

manter autônoma e evitar a influência do poder religioso local, proibindo inclusive que membros do clero secular assumissem cargos na Irmandade (ZARUR,1979). Essas características revelam uma forma de ação sobre as necessidades sociais (saúde, pobreza e abandono) que passava pela iniciativa de pessoas ou grupos dentro de uma ordem paralela e mesmo complementar ao trabalho dos religiosos.

As Santas Casas<sup>7</sup> estavam presentes em vários lugares do Brasil, sendo fundadas em áreas que possuíam um razoável número de habitantes para justificar sua presença e sustentar suas ações através das doações, legados e ajudas das mais variadas. Nota-se também, que eram fundadas em locais que possuíam alguma importância como centro econômico, político ou administrativo, servindo de referência para outras vilas ou cidades próximas. Desse modo, a própria Santa Casa de uma determinada localidade tornava-se pólo de atendimento filantrópico para as populações da região em torno dela. A de Campos dos Goytacazes, por exemplo, recebia doentes das freguesias e cidades próximas, como São Fidélis, São João da Barra e Macaé, além de estrangeiros que estivessem de passagem pela região.

Uma análise mais aprofundada sobre as funções da Santa Casa de Misericórdia no Brasil revela que suas ações não se limitavam ao auxílio dos doentes e nem tão pouco a manutenção de um hospital. Num estudo sobre as fontes de financiamento à produção na economia colonial brasileira (séc. XVI-XIX) FRAGOSO (1998), apontou que durante o século XVII a atividade açucareira baiana contou com empréstimos cedidos pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Numa época onde a existência de instituições bancárias era coisa rara no Brasil e o crédito muito escasso, a Misericórdia também desempenhou a função de fonte de capital. Os empréstimos eram uma forma de investir os recursos arrecadados por meio das doações, esmolas e heranças, recebendo os juros sobre as quantias emprestadas. Essa atitude tinha uma dupla função: para a Misericórdia representava a possibilidade de aumentar suas rendas mediante a cobrança dos juros; para as elites, uma fonte de dinheiro disponível e de fácil acesso para o financiamento de seus negócios (FRAGOSO, 1998).

O que cabe destacar, sobre a questão dos empréstimos, é a importância e o prestígio da Misericórdia, como instituição na sociedade brasileira, que eles revelam, mostrando inclusive, o quanto essa sociedade estava dependente da irmandade. Os

---

<sup>7</sup> A longo deste trabalho usaremos as duas expressões para nos referirmos a irmandade: *Santa Casa de Misericórdia* ou mais diretamente *Misericórdia*. *Misericórdia* era o termo mais comum usado para designar a instituição em Portugal.

relatórios anuais de prestação de contas publicados pelos provedores da Misericórdia de Campos, entre os anos de 1872 a 1888, analisados nessa pesquisa, apontam a mesma função de emprestar dinheiro a juros, o que sugere que essa era uma prática comum da irmandade que existiu até pelo menos o final do séc. XIX.

Além do atendimento aos doentes e dos empréstimos a juros, a Santa Casa tinha outras funções no campo da filantropia e da assistência social, funcionando também como espaço de sociabilidade que reforçava a solidariedade entre seus membros. Em geral a Santa Casa mantinha um hospital (a parte mais visível de sua ação caritativa), uma igreja ou capela, um orfanato ou asilo para órfãos e expostos; detinha o controle sobre os sepultamentos na cidade, administrava o cemitério local, prestava auxílio aos pobres com medicamentos de sua farmácia, e em alguns casos, prestava assistência jurídica aos necessitados, além de cuidar da alimentação dos criminosos detidos na cadeia local.

A função de alimentar os presos foi, para nós, muito reveladora. De acordo com RUSSEL-WOOD (1981) o compromisso da irmandade de Lisboa nos seus primórdios, determinava como uma de suas obrigações alimentar os prisioneiros pobres com o fornecimento de uma ração semanal de vinho e pão. Segundo o mesmo autor, as Misericórdias no Brasil seguiam os estatutos e diretrizes, presentes no compromisso da irmandade portuguesa original de Lisboa, o que nos permite supor um padrão homogêneo de ação. A documentação que encontramos sobre a Santa Casa de Campos confirma essa tendência, mostrando que a função de alimentar prisioneiros era desempenhada com regularidade também aqui (LAMEGO, 1951). O que é significativo para nós nesse aspecto particular, é o comportamento do poder público em sua relação com a Misericórdia já em Portugal e que se transfere para o Brasil: é o Estado quem encarcera os criminosos, mas quem cuida de sua subsistência é a própria sociedade por meio da caridade expressa nas funções assistencialistas da irmandade.

*“A Misericórdia baiana também recebeu privilégios para a assistência social aos presos por decreto real em 1622. (...) O papel da Misericórdia na assistência aos presos na Bahia foi de suma importância, pois uma vez enviados à prisão os criminosos não mais existiam aos olhos do governo. (...) Apesar de não receber qualquer ajuda financeira ou material das fontes oficiais, a Misericórdia ocupava-se do bem-estar dos presos, contando apenas com a caridade”. (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA BAHIA. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 16 abr. 2005. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>)*

Com relação as estruturas do poder do Estado, cabe destacar que durante o período colonial brasileiro e mesmo depois, no Império, o principal órgão do poder público local eram as Câmaras Municipais. Transplantada diretamente da administração portuguesa para a Colônia, essa importante instituição concentrava os poderes políticos e administrativos das cidades que possuíam um número de habitantes suficiente para ser reconhecida como vila. Cada localidade que alcançasse o status de vila tinha imediatamente instalada uma Câmara para a sua organização, além de poder votar leis (as posturas municipais) e de cobrar impostos. Até a reforma político-administrativa promovida pela República que criou as prefeituras em 1904<sup>8</sup>, era a Câmara que respondia pela direção da cidade, controlando a polícia (cadeia), os impostos, as obras públicas e o auxílio à população. Portanto, em grande parte do período que analisamos, é a Câmara Municipal a que nos referimos em primeiro plano quando mencionamos o poder público, não isentado, porém, os outros poderes provincial/estadual e central/federal de suas responsabilidades.

A relação que se estabeleceu entre a Câmara e a Santa Casa nas localidades onde as duas estavam presentes, também é bastante reveladora da presença maciça da filantropia e da caridade, que nesse caso envolvia também o poder público no trato das questões sociais. A Misericórdia apesar de sua independência diante dos poderes políticos e eclesiásticos, mantinha contatos diretos com a Câmara, recorrendo a esta para que os privilégios concedidos pela Coroa Portuguesa ou pelo governo Imperial fossem garantidos. Além disso, muitos membros da Câmara faziam parte da Santa Casa como irmãos colaboradores, não sendo raro que um determinado Vereador ou mesmo Presidente daquela casa alcançasse a condição de Provedor da Misericórdia, o mais alto cargo dentro da irmandade (LAMEGO, 1951).

Os elementos que encontramos com o trabalho de pesquisa documental e bibliográfica provocaram uma reorientação de nossas hipóteses iniciais. As evidências eram claras da existência de um padrão de filantropia e caridade que, passando pelas Santas Casas de Misericórdia, como ponto central de apoio, se constituiu como regra de atuação frente às questões sociais. Construído ao longo do período colonial, herdado e mantido pelo Império e reformulado com a República,

---

<sup>8</sup> Em 1904 ocorreu a reforma Constitucional Fluminense, que definiu as Prefeituras como o único órgão responsável pela função administrativa nas cidades. As Câmaras, a partir de então, assumiram funções apenas legislativas.

esse padrão orientou as ações da sociedade e do poder público sobre a saúde, determinando as posturas e os discursos dos atores envolvidos na questão. Aliada aos fatores já citados da formação excludente da sociedade brasileira (escravista, autoritária e hierarquizada), essa presença da filantropia organizada em instituições leigas e religiosas, nos permite compreender uma forma ampla e disseminada na sociedade de atuação sobre a pobreza e as carências, que mesmo o estado republicano teve dificuldades para superar mais tarde. Evidentemente que não se trata de cobrar do Estado uma postura que seria incompatível com a época e o espaço social, mas de analisar uma forma de conduta em relação aos mais pobres que também era reproduzida pelo poder público.

*“A assistência pública no Brasil não recebia subvenções e era administrada por particulares. As associações que se incumbiam da assistência dividiam-se em duas categorias: as que distribuíam auxílio a todos os necessitados em geral tendo como modelo a Santa Casa da Misericórdia, e as que se ocuparam dos próprios sócios, tais como as Irmandades Religiosas, as Ordens Terceiras e as Associações de Beneficência, de socorro mútuo, representadas estas últimas, pelas Beneficências Portuguesas, com seus hospitais, havendo ainda associações beneficentes inglesas, francesas e italianas”.*  
**(SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO.** Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 16 abr. 2005. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>)

Encontramos no jornal Monitor Campista um anúncio publicado pelo 1º secretário da Beneficência Portuguesa de Campos, o Sr. Thomas Augusto da Fonseca, que nos permite perceber certas características do padrão filantrópico dominante:

*“Sociedade Portuguesa de Beneficência em Campos – Em nome da diretoria, e em conformidade com os estatutos que regem a mesma sociedade, convida não só todos os Portugueses residentes neste município, como a quaisquer outros indivíduos (...) para no prazo de 3 meses, a contar do primeiro anúncio, entrarem para a sociedade, e todo aquele que assim o não fizer no mencionado prazo, não poderá ser socorrido em caso de desgraça; a mesma diretoria espera pois que se compenetrem do desígnio de tão útil como santa instituição, e que concorram cada um com seu contingente, a fim de que na indigência encontrem para si e para suas famílias um benéfico apoio, que lhes adoce seus amargos sofrimentos.”* (MONITOR CAMPISTA, 04/01/1855, pág. 4)

O anúncio reproduzido acima nos parece muito significativo. Ao convocar as pessoas para se filiarem à instituição, um alerta é feito: *“aqueles que não o fizerem não poderão ser socorridos em momentos de desgraça”*. Além disso, é feito o apelo para que *“concorram cada um com seu contingente, a fim de que na indigência encontrem para si e para suas famílias um benéfico apoio, que lhes adoce seus amargos sofrimentos”*. Duas coisas, pelo menos, parecem evidentes para nós nesse pequeno discurso. Primeiro, não havia assistência disponível para todos, portanto, quem não participasse de alguma associação ficaria desassistido quando precisasse de ajuda médico-hospitalar. Segundo, a cada indivíduo cabia cuidar de sua própria sorte e da de sua família nos momentos de emergência, não podendo contar com outra forma de ajuda, como a do poder público, por exemplo. Aos que não se associassem só restaria a caridade dos religiosos ou a da Santa Casa.

Não discutimos aqui as regras e condições para a adesão em tais associações. É possível, inclusive, que a participação numa sociedade como a Beneficência não fosse algo tão difícil para a população em geral ou privilégio de uma minoria; na verdade, não nos aprofundamos sobre o funcionamento de tal filiação, se havia contribuições em dinheiro ou serviços prestados por não ser esse nosso objeto. O que nos importa aqui é a explícita necessidade de se filiar, ou seja, o alerta público aos indivíduos que deveriam procurar, por meios próprios, o socorro para si e para os seus. Parece claro que fora desse quadro da filantropia e da ajuda mútua pouca coisa restava, tendo a sociedade que cuidar de si mesma na falta de outro modelo de assistência possível.

A filantropia<sup>9</sup> possui um sentido filosófico amplo situado no campo dos valores universais de amor ao homem. Quando associada, porém, ao sentido de caridade<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> A palavra Filantropia (**philos = amor e antropos = homem**), é de origem grega e significa amor ao outro, amor à humanidade ou mais modernamente humanitarismo. Tradicionalmente a filantropia está relacionado às atividades de pessoas abastadas que praticam ações sociais sem fins lucrativos, ou doam recursos para entidades beneficentes. A partir do século XVIII com a propagação da filosofia Iluminista e de seus valores universais de Igualdade e Humanidade, a filantropia se distanciou da simples caridade para tornar-se uma forma de agir em relação ao outro (humano), um tipo de amor sentido por um indivíduo em relação à humanidade que assume expressão em atos de generosidade, através dos quais se procura promover maior felicidade e prosperidade para o outro. Ela estaria preocupada em ajudar os que precisavam de auxílio material, independente de obrigações religiosas ou mandamentos divinos, tendo como finalidade última o bem comum. Segundo Aldaiza Sposati, filantropia pode ser entendida hoje como: *“solidariedade com a dignidade do ser humano, permitindo a construção de uma relação no campo dos direitos sociais e a universalidade da proteção social da seguridade social. Isto exige porém, libertar a filantropia do campo de um dever moral e alçá-la à condição de manifestação de solidariedade, o que supõe a luta pelos valores de igualdade e equidade na sociedade”*.

religiosa, especialmente católica, ocorre uma identificação incorreta desses valores com a bondade, a benemerência e o amor ao próximo. De acordo com MESTRINER (2001), assistência social, caridade e filantropia, têm se misturado no Brasil e recebido historicamente o mesmo entendimento por parte do poder público e da sociedade. Isso dificulta a distinção entre os conceitos e as práticas políticas ligadas aos campos do social e torna difícil estabelecer limites quanto ao papel do Estado.

*“Assistência, filantropia e benemerência têm sido tratadas no Brasil como irmãs siamesas, substitutas uma da outra. Entre conceitos, políticas e práticas, tem sido difícil distinguir o compromisso e competências de cada uma dessas áreas, entendidas como sinônimos, porque de fato escondem — na relação Estado-sociedade — a responsabilidade pela violenta desigualdade social que caracteriza o país.” (MESTRINER, 2001)*

Os grupos mais pobres da sociedade têm recebido historicamente do Estado uma atenção precária, quase sempre caracterizada pela ajuda emergencial (momentos de epidemias, catástrofes climáticas, fomes por escassez de alimentos, etc) ou voltada para setores desamparados muito específicos. A permanência desse padrão ajuda a esclarecer as dificuldades para a universalização da assistência e a resistência do Estado em torná-la uma política social concreta, mesmo com a República.

Depois de 1930, quando o Estado passou a assumir certa responsabilidade frente às questões sociais, ainda se observa com clareza a confusão entre os campos particulares e públicos no trato da assistência. As leis não eram diretas e permitiam uma margem ampla de atuação para as instituições de caridade, filantrópicas ou sem fins lucrativos. É significativo o elevado número de obras de ação social promovidas por senhoras da “boa sociedade”, como as ligas de amparo

---

<sup>10</sup> Caridade vem *do latim caritate*, que entrou no vocabulário cristão com o sentido de “*um amor que move a vontade à busca efetiva do bem de outro e procura identificar-se com o amor de Deus*”. O termo era originalmente usado pelo cristianismo dos primeiros tempos como expressão de uma forma de amor altruísta e desinteressada. Mais tarde a noção de caridade materializou-se na dádiva de esmolas ou outras ações individuais e coletivas para ajudar os pobres e os necessitados. A caridade, diferentemente da filantropia, está associada a uma noção de obrigação com o outro que passa por um mandamento religioso, pressupondo algum tipo de retorno (salvação para a alma; elevação espiritual) para quem a pratica. Pode significar ainda, benevolência, complacência, compaixão; para os cristãos, é uma das virtudes *teológicas* (fé, esperança e caridade); o termo é combatido por parte dos ativistas do Terceiro Setor por representar antigas práticas *clientelistas* e de reprodução da pobreza, tais como a esmola por exemplo.

aos necessitados ou de combate a alguma doença em particular, fundadas ainda na Primeira República que continuam atuando pós-30.

A presença de instituições ou de iniciativas como as da Associação de Senhoras Brasileiras (ação social católica de amparo às moças “desprotegidas”), da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, da Associação Cristã Feminina do Rio de Janeiro, (MESTRINER, 2001) só para citar algumas, é o exemplo visível da permanência do assistencialismo particular admitido pelo Estado e de certo modo estimulado por ele. A velha cultura portuguesa da caridade, que criou as Misericórdias no século XV, continuava presente séculos depois na sociedade brasileira e, desse modo, a questão social, que foi declarada por Washington Luis<sup>11</sup> “*como caso de polícia*” no final da década de 1920, tornou-se objeto de ação efetiva do poder público apenas em meados do século XX. Mas mesmo quando o Estado passou agir nesse campo, se deparou com condutas arraigadas na sociedade acostumada a organizar entidades assistencialistas ou a distribuir caridade.

Outro ângulo por onde pode ser vista a questão, encontra-se precisamente o desprezo das elites pelas camadas populares, ao lado da tradição dos economicamente poderosos em distribuir favores e conceder esmolas, como forma de manter seu poder e prestígio, garantindo ainda a salvação eterna. Uma cultura como essa do favor e do poder sobre os socialmente desamparados, não permitia que se encarasse o problema social como problema de Estado. Conseqüentemente, a questão não era vista como passível de gerar políticas sociais concretas e abrangentes, já que ela estava direcionada aos pobres e para estes a caridade, que já existia, bastava.

Para que houvesse a emergência de políticas de Estado frente ao problema, mesmo no período onde as teorias sobre a responsabilidade estatal já estavam ganhando força, era vital a pressuposição de cidadania, uma idéia só recentemente admitida no Brasil, mas que as elites econômicas e políticas relutam estender para a população em geral.

Na perspectiva que adotamos aqui, o quadro que delineamos acima se estabeleceu porque a questão social no Brasil esteve, em grande medida, entregue à caridade e à filantropia desde a Colônia, com o Estado se encarregando precariamente dela. Quando então teve início a modernização das estruturas

---

<sup>11</sup> *Washington Luis* foi o último presidente da chamada *República Oligárquica*, tendo sido deposto em 1930 pelo movimento liderado por *Getúlio Vargas*. A ele é atribuída a frase que caracterizou de forma clara a postura do Estado Brasileiro pré-30, frente aos problemas sociais do país.

estatais a partir de 1930, o padrão pré-existente ainda sobreviveu com forte resistência dificultando a publicização do problema e a ampliação dos direitos. Pretendemos demonstrar com essa dissertação, a partir do estudo da situação de Campos dos Goytacazes na passagem de um sistema político (Império) para o outro (República), o quanto a filantropia fazia parte da sociedade se expressando através de uma ideologia<sup>12</sup> do bem ao outro. Pretendemos ainda, demonstrar a importância que tinha para os que a praticavam e para os que a recebiam, e quais eram seus agentes promotores.

### **Justificativas e delimitações espaço-temporal da pesquisa;**

Embora a delimitação temporal do trabalho seja extensa, não houve a preocupação com uma rigidez cronológica excessiva. A valorização das mudanças qualitativas no que se refere às posturas e aos discursos sobre a saúde, estiveram sempre em primeiro plano para nós. Conscientes dos riscos de levar a frente um trabalho com limite tão longo (85 anos que abrangem o regime Imperial e o republicano) além das dificuldades para analisar toda a documentação do período, nos fez optar, ainda, por restringir sua abrangência documental.

A pesquisa não tinha o objetivo de fazer uma história da saúde em Campos no período, nem realizar um levantamento documental minucioso sobre hospitais, doenças ou práticas sanitárias, embora discuta de forma geral esses assuntos. A demarcação temporal deve ser entendida como balizas limites do trabalho e não como um período histórico que foi analisado em detalhes. É dentro dessas balizas que reafirmamos aqui nossa intenção de perceber o comportamento da sociedade e do Estado em relação à saúde e a presença da filantropia como principal meio de assistência social. A relação histórico-sociológica entre esses dois objetos era o que nos interessava.

Mesmo com uma abrangência histórica ampla, a escolha pelos limites expostos no título do trabalho obedeceram a duas orientações básicas: analisar a postura do Estado frente à saúde, a partir de uma calamidade epidêmica, e determinar a permanência da filantropia como forma de ação social durante o Império e a República Velha. Assim sendo, nosso ponto de partida foi a epidemia de

---

<sup>12</sup> O conceito de ideologia, conforme aparece em várias formulações teóricas, é aqui entendido como sendo a visão de mundo de um indivíduo ou grupo, manifestada através de determinadas práticas sócio-culturais e dos discursos produzidos por esses indivíduos ou grupos sobre a realidade.

cólera que atingiu a cidade em meados do séc. XIX (1855). A escolha se justifica pelo impacto que a doença teve na vida de Campos, evidenciando uma situação de falta de condições sanitárias e de precariedade dos serviços de saúde, que contrastavam muito com o pretenso progresso da região. As informações pesquisadas junto às fontes demonstram que houve um real estado de calamidade pública causada pela doença. Os números oficiais coletados por FEYDIT (1900) e confirmados por RODRIGUES (1988) apontam que a doença matou **1.239 pessoas** na área urbana entre os meses de outubro e dezembro de 1855. Nesses números não estão registrados os mortos enterrados em cemitérios particulares da região, como por exemplo, os que existiam em algumas fazendas.

De acordo com o censo populacional de 1856, realizado em Campos após a epidemia, o município tinha em março de 1855, ou seja, alguns meses antes da doença aparecer, cerca de **16.657 habitantes** (FEYDIT, 1900). Olhando a frieza dos números (mortos pelo cólera/população geral) a mortalidade não chegou a ser catastrófica, sendo muito mais representativo o efeito dela sobre o funcionamento da cidade, que teve de organizar serviços médicos e mobilizar recursos para atender a população.

O nível de improviso de muitas iniciativas, em especial as do poder público em Campos, durante a epidemia, demonstram que as instituições urbanas não estavam preparadas para enfrentar problemas de grandes proporções e prestar serviços adequados para grande número de pessoas. A epidemia mostrou a fragilidade da estrutura médica na cidade, com a necessidade de organização de enfermarias improvisadas, para o atendimento aos doentes, nos mais variados locais. A presença do *cólera* se fez sentir novamente em 1867, embora num surto de menor intensidade. A documentação<sup>13</sup> encontrada sobre a doença não deixa dúvidas sobre a extensão da tragédia corroborando as impressões que nos deram os memorialistas.

*“A cidade vivia numa sujeira permanente. As fezes eram atiradas nas ruas, em certos pontos, e atacadas por urubus e porcos. Não havia a menor condição de higiene. (...). A ausência da limpeza da cidade, especialmente nas adjacências da bacia do canal e lagoa do Curtume, locais preferidos para o depósito de fezes, exibindo miasmas pútridos e nocivos à salubridade.”* (RODRIGUES, 1988)

---

<sup>13</sup> Analisaremos em detalhes no capítulo apropriado, o relatório da Vice-presidência da Província do Rio de Janeiro sobre a epidemia, que atingiu grande parte da região Norte Fluminense por volta de 1855. O relatório revela muito sobre as providências adotadas pelo poder público, a evolução da doença e as suas conseqüências.

Os casos epidêmicos eram bastante comuns em Campos ao longo do período coberto por este trabalho, por isso nosso interesse pelo *cólera*. Eles evidenciam a precariedade não só da saúde, mas também das condições urbanas em geral. Só durante o século XIX ocorreram diversas manifestações, sendo registrados os surtos de: varíola, febre amarela, beribéri, peste bubônica, tuberculose, além da já citada cólera (VIEIRA, 2000). De acordo com POHLMANN (2003), as epidemias eram fator de preocupação constante para o poder público, como atesta o Código de Posturas baixado pela Câmara Municipal em 1896, que continha várias normas sobre higiene urbana e de regulamentação do uso do espaço público. Contudo, a ação do governo municipal limitava-se a baixar decretos normativos e leis, ou a agir nos casos onde a calamidade já estava instalada.

### **Limite temporal;**

No outro extremo das escolhas temporais, a Revolução de 1930 é entendida como marco das mudanças institucionais que ocorreram na passagem da chamada República Oligárquica para a modernização do Estado brasileiro, que começou a partir do governo de Getúlio Vargas. CARVALHO (2003) considera 1930 um marco divisório para a vida política do país, tendo iniciado uma nova etapa para o Estado e as instituições públicas no Brasil. O mesmo autor afirma ainda, que a partir dessa década houve uma aceleração das mudanças sociais, com visíveis conquistas na área trabalhista e previdenciária.

As transformações políticas e econômicas da década de 1930 abriram uma nova fase para a saúde pública no Brasil, isso é fato. O Estado incorporou à saúde as questões sociais, dando prioridade para os aspectos organizacionais do setor, que tornou-se objeto de um plano nacional sob o controle do governo federal. Essas transformações foram, sem dúvida, um avanço significativo em relação à Primeira República, cuja preocupação com a saúde estava focada no combate às doenças contagiosas que infestavam o país e nas reformas urbanas de tipo sanitarista.

A parte mais visível das mudanças pós-30 foi a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), do Ministério da Educação e Saúde (MES) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes últimos eram uma variação ampliada das primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Os IAPs e as CAPs formavam a parte mais importante do sistema previdenciário montado pelo Estado Getulista, já que estavam diretamente ligados a assistência médica da força

de trabalho formal que se organizava naquele momento (ESCOREL, 2000). Mas esses órgãos atendiam apenas alguns setores da mão-de-obra, especialmente aqueles ligados à industrialização, não sendo todos os trabalhadores que estavam beneficiados por eles.

Autores como MESTRINER (2001), argumentam que o Estado pós-30 não conseguiu se “livrar” totalmente, se é que havia a intenção de fazê-lo, da presença maciça da caridade e da filantropia no trato da assistência social. A organização de uma estrutura universalizada de atendimento que garantisse acesso à previdência social, à saúde e à educação, esbarrava na presença forte do padrão anterior de ajuda mútua caracterizado pela ação das associações beneficentes, de caridade ou filantrópicas, não obstante os esforços do Estado por ampliar sua ação em algumas áreas. A incorporação definitiva da questão social no âmbito estatal ainda permanecia limitada, mas de todo modo 1930 marcou o início de ruptura, ainda que limitada, com o padrão anterior de assistência social. Por isso ele foi escolhido como limite dessa dissertação.

### **Limite espacial;**

A opção por Campos dos Goytacazes como área de estudo, por sua vez, se justifica por tratar-se de uma região de colonização bastante antiga e que teve significativa importância econômica no cenário nacional em virtude da produção açucareira. Nos discursos coletados na imprensa da época, a região despontava como um pólo de progresso e modernidade econômica. Estudar suas condições de saúde no século XIX, portanto, seria um esforço para compreender a realidade econômica e social da cidade.

Não resta dúvida que Campos era o mais importante centro agrícola e escravocrata da região Norte Fluminense no séc. XIX. Pesquisas realizadas sobre a economia brasileira no período, que procuraram destacar a dinâmica de regiões que não estavam diretamente ligadas ao circuito agro-exportador, caso de Campos, comprovaram uma contínua aquisição anual de escravos. No período de 1872-1881 de acordo com CARDOSO (1988), Campos teria recebido cativos a uma taxa de 3% ao ano, superior a de Vassouras (0,5%), município cafeeiro que na mesma época estava integrado ao setor mais importante da economia nacional, o café. Ou seja, os números mostram que em comparação com outras regiões mais dinâmicas da

província do Rio de Janeiro, Campos estava comprando mais escravos no mesmo período.

Uma pergunta que pode ser feita é até que ponto as reais condições de saúde da população e, dos serviços de saúde pública, estavam em contraste com o discurso de modernidade e com a aparente prosperidade? A realidade era bem diferente, pelo menos para a população mais pobre. Nas camadas populares, os progressos da cidade que se orgulhava de ter sido a primeira da América Latina a ter luz elétrica<sup>14</sup>, estavam bem distantes de seu cotidiano. Isso para não mencionar a população escrava, em números consideráveis durante todo o séc. XIX.

Os dados já mencionados sobre o censo de 1856, demonstram que numa população **total** de **16.657** pessoas no município de Campos dos Goytacazes, cerca de **7.980** eram **livres** e **8.677** **escravos**, ou seja, mais da metade da população era cativa. Já os resultados de outro censo realizado quase duas décadas depois em 1873, demonstram uma inversão dos números da relação livres/cativos, com a população livre aparecendo levemente superior a escrava: **população total = 19.520; livres = 11.279; escravos = 8.009**. Ainda assim o número de cativos permanecia elevado ficando próximo de 50% da população. Essas estatísticas servem para mostrar, entre outras coisas, o retrato de uma sociedade profundamente desigual e excludente.

Nesse cenário, portanto, a epidemia de cólera de 1855 foi especialmente traumática para a cidade, não só pelo elevado número de mortes que causou num curto espaço de 3 meses, mas também por ter revelado uma realidade sanitária muito precária. Para nós esse é um forte indício de que as condições de pobreza da maioria da população estavam em fragorante contraste com a riqueza da região, proveniente da atividade agrícola. Riqueza que beneficiava uma elite de barões, comerciantes e fazendeiros, que podiam então dispensar aos pobres as benesses de sua filantropia organizando e mantendo instituições como a Misericórdia.

---

<sup>14</sup> Em 24 de Julho de 1883 foi inaugurada a nova iluminação de Campos usando energia elétrica, que veio substituir a iluminação a gás. A iniciativa da Câmara Municipal colocou a cidade como pioneira da América Latina no uso da nova forma de energia, na frente até mesmo da cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. A iluminação elétrica no Rio de Janeiro só foi instalada em janeiro de 1884, ou seja, quase um ano depois da experiência pioneira em Campos.

**Estrutura da dissertação;**

A dissertação está organizada da seguinte forma: **capítulo 1** (Discursos e Práticas sobre a Saúde (séc. XIX e XX): medicina social, sanitarismo e campanhas médicas) que analisa os aspectos teóricos e conceituais pertinentes ao trabalho, com destaque para a definição de saúde pública e para a discussão sobre a formação histórica e o desenvolvimento da *medicina social*; **capítulo 2** (A Mão da Misericórdia: filantropia e caridade como padrão de ação social no Brasil), trata-se do capítulo central, em que analisamos a documentação sobre a Santa Casa de Campos dos Goytacazes, discutimos o padrão filantrópico das Misericórdias no Brasil e os aspectos históricos das condições de Saúde em Campos; **capítulo 3** (O Longo Braço da Misericórdia: a permanência e o domínio da filantropia nas ações do Estado republicano brasileiro (1889-1930)) onde apresentamos as conclusões da pesquisa, com ênfase na permanência do padrão anterior de ação social durante a República até 1930.

**Capítulo I** – Discursos e Práticas sobre a Saúde (séc. XIX e XX): medicina social, sanitarismo e campanhas médicas;

*“Não são os que estão bem que precisam de médicos,  
mas sim os doentes”.*

**Mateus, 9: 12**

A clássica definição de saúde pública que ainda permanece de certa forma válida em muitas sociedades e mesmo para muitos governos, foi formulada por WINSLOW na década de 1920 e atualizada recentemente por TERRIS (1992). Segundo essa definição, a saúde pública seria *a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade* (Apud. PAIM & FILHO, 2000). ESCLIAR (2000) amplia tal definição, descrevendo o trabalho de saúde pública como *o esforço organizado da comunidade, por intermédio do governo ou de instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde de pessoas e da população, por meio de ações individuais e coletivas*. As duas definições trazem de forma clara a idéia de responsabilidade conjunta quanto aos problemas da saúde, colocando as sociedades e os Estados como agentes ativos do processo de promoção do bem-estar físico.

Cabe destacar, no entanto, que o termo saúde pública tem significação ampla que compreende uma série de ações conjugadas, pontuais ou abrangentes, com o objetivo de produzir condições de sobrevivência sadia para as pessoas. Nesse sentido, ela comporta duas dimensões distintas, mas complementares, que são: as ações médicas que atuam de forma particularizada sobre os indivíduos através dos meios clínicos e as políticas de prevenção, que agem de forma geral sobre o conjunto da população por meio de campanhas e da regulação das condições sanitárias, nos espaços privados e públicos. Tudo isso aponta para um fator fundamental na perspectiva deste trabalho: a saúde pública é uma questão social.

TESTA (2000) ao analisar as implicações da saúde pública avançou na definição de sua natureza, destacando que se trata de um conjunto de práticas sociais historicamente construído e que, portanto, está sempre passando por mudanças de paradigma e redefinições de metas. Isso significa que teorias muito distantes da realidade sócio-cultural, formuladas para orientar as ações

médico/sanitárias, podem não dar conta dos fenômenos nosológicos<sup>15</sup> em sua totalidade, o que provocaria por outro lado, a elaboração de políticas equivocadas ou ações pouco eficazes para enfrentar os problemas que atingem a vida dos grupos sociais. A formulação de concepções rígidas sobre a saúde, aliás, geraram medidas autoritárias e intervencionistas no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX no Brasil, que não levaram em conta os interesses e as necessidades da população envolvida, aumentando a exclusão e o descaso que já existiam.

O problema é que a saúde pública, enquanto campo social, envolve várias outras questões que são também sociais. Nela estão presentes de forma subjetiva os embates das camadas populares por reconhecimento de direitos, participação e melhores condições de vida, não se tratando simplesmente de uma ação mecânica que atue sobre a relação saúde/doença/cura. Essas implicações mais amplas ficaram evidentes na chamada *Revolta da Vacina*<sup>16</sup> de 1904, ocorrida no Rio de Janeiro, então capital do Brasil.

A *Revolta da Vacina* foi um exemplo singular de movimentos populares em que as questões ligadas diretamente à saúde, se misturam de forma explosiva com outras carências sociais<sup>17</sup>, possibilitando a visibilidade de implicações complexas no cenário da luta por melhores condições de vida. Aliás, sendo um dos direitos básicos para o funcionamento efetivo da cidadania, as ideologias e práticas ligadas ao campo da saúde historicamente construídas no Brasil e em outros países, nos ajudam na compreensão dos níveis de desenvolvimento dos chamados direitos sociais em cada sociedade. A ausência ou a precariedade desses direitos normalmente acompanha situações de total descaso por parte dos governos quanto à saúde da população.

A complexidade da relação saúde/sociedade começou a ser melhor estudada depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) nos Estados Unidos, onde um tipo

---

<sup>15</sup> O termo *Nosológico* é relativo a *Nosologia*, (do grego 'nósos', «doença» + 'logos', «tratado» + ia) parte da medicina que analisa as doenças de modo geral e os processos de interação saúde/doença.

<sup>16</sup> No dia 11 de novembro de 1904 explodiu no Rio de Janeiro uma série de tumultos urbanos que duraram aproximadamente uma semana, onde a população pobre protestou violentamente contra as ações sanitárias impostas de forma autoritária pelo governo da jovem República. Em torno da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, estopim da revolta, estava a insatisfação popular com as péssimas condições de vida, as reformas urbanas que expulsavam do centro da cidade as moradias populares, como os cortiços, entre outras questões sociais.

<sup>17</sup> FOUCAULT aponta que na segunda metade do século XIX teve lugar na Inglaterra certa resistência da população mais pobre contra a medicalização urbana e o controle médico sobre suas vidas, resultando em revoltas e pequenas insurreições anti-médicas contra as medidas sanitárias impostas pela medicina *social inglesa dos pobres*. É interessante notar que os mesmos elementos que motivaram a resistência da população inglesa nesses movimentos, também podem ser encontrados na *Revolta da Vacina* aqui no Brasil. FOUCAULT inclusive sugere para o caso inglês, que fosse realizada uma pesquisa comparativa com outros países para se perceber os efeitos da medicalização e das intervenções médico/sanitárias em escala ampliada.

novo de pensamento sociológico ganhou força, preocupado em analisar a saúde em sua íntima relação com o meio social. Isso possibilitou o aparecimento dos primeiros trabalhos de *sociologia médica* voltados para as implicações sócio-culturais das doenças e dos meios de cura, que passaram a influenciar a concepção de políticas para o setor (NUNES, 1992). Resultou também desse debate, a formação de grupos de estudos e a fundação de centros de pesquisa, como os das universidades de *Yale* e *Chicago* dedicado ao tema (NUNES, 1992). Encarada como questão social pelas *ciências sociais*, a saúde passou a ser abordada a partir de um instrumental novo que ampliou o domínio discursivo que estava até então monopolizado pelos médicos.

No pós-guerra foi cada vez mais forte a vinculação da saúde com as condições sociais objetivas dos grupos envolvidos, de modo que a relação dos indivíduos com o meio em que vivem, seus hábitos de higiene, situação sanitária e a condição econômica, foram percebidos como determinantes sobre os padrões *nosológicos* de uma dada população. Essa orientação teórica foi um importante passo no sentido de perceber o processo saúde/doença não apenas como tratável a partir da ação medicamentar sobre o corpo, mas, sobretudo, a partir de intervenções mais amplas que fundamentalmente melhorassem as condições materiais de vida dos indivíduos. Dessa forma, medidas não propriamente médico/hospitalares, como saneamento básico, educação para melhorar os hábitos de higiene, melhor alimentação, análise do estilo de vida das comunidades humanas, passaram a ter uma importância maior na avaliação das condições sanitárias e na busca de soluções para os problemas da saúde coletiva.

A natureza social da saúde assume uma dimensão ainda mais concreta, quando se analisam as *pestilências* ou os processos *epidemiológicos*, que revelam toda complexa relação entre *homem, meio ambiente* e as *condições da vida material*. CARVALHEIRO (1992) alerta para o fato de que pensar o processo saúde/doença em sua dimensão coletiva, implica avaliar a organização do meio em que vivem as pessoas e as relações que elas estabelecem com o espaço. As alterações provocadas pela urbanização, poluição do ar, contaminação da água, entre outros fatores da ação humana sobre a natureza, provocam sérias conseqüências para a condição de *salubridade*. Portanto, os padrões *epidemiológicos* apresentados por uma dada comunidade estão estreitamente ligados a sua estrutura de vida, organização e ocupação do espaço, o que coloca a

questão da saúde diretamente em sintonia com problemas que não são unicamente médicos, mas, sobretudo, sócio-ambientais (CARVALHEIRO, 1992).

*Parasitas acompanham o homem onde quer que ele vá* (CARVALHEIRO, 1992), mas os efeitos das doenças sobre uma certa população dependerá do tipo de sociedade que essa população organizou. O determinante nesse caso para a propagação e as conseqüências nosológicas, será a presença de políticas preventivas e de um sistema que consiga tratar todos de forma eficiente. E esse é um desafio que foi respondido de diferentes formas ao longo do tempo, com graus variados de sucesso por várias sociedades.

O que se conclui de todos os elementos que expusemos até aqui, é que as teorias sobre a saúde sofreram muitas transformações ao longo do tempo, de modo que as concepções mais recentes estão longe de serem definitivas. Influenciadas por mudanças políticas, econômicas, populacionais e epidemiológicas, refletindo também as mutações dos Estados, cada nova delimitação que surge, substitui as teorias e práticas anteriores. Ao mesmo tempo, as novas abordagens e a formulação de saberes sobre o assunto, sofrem a influência dos contextos históricos particulares que evidentemente variaram de um país para o outro, o que dificulta a elaboração de esquemas explicativos muito gerais. Um outro aspecto importante a ser observado, é o fato de que a saúde individual e coletiva, no que tange as ações estritamente médicas, sempre estará em permanente mudança por causa dos avanços científicos que geram novas tecnologias de tratamento, das descobertas ou do surgimento de novas doenças e dos seus respectivos processos de cura (TERRIS, 1992). Trata-se de uma fronteira permanentemente aberta.

De qualquer modo, é possível estabelecer algumas linhas mestras que delimitam o tempo e o espaço em que a saúde passou a ser problematizada de forma moderna, tornando-se alvo de estratégias de organização e controle. Os autores consultados nesse trabalho, em especial FOUCAULT (1998), demonstram que foi a partir do século XVIII, na Europa, que a saúde ganhou o status de *problema social* merecedor de atenção. A conjuntura européia, daquele momento, marcada pela emergência de novas forças produtivas liberadas pela *Revolução Industrial*, juntamente com a necessidade de disciplinamento da sociedade diante do

crescimento da população e da crescente concentração de poder dos Estados, favoreceu a formulação de uma política<sup>18</sup> médico/sanitária abrangente e objetiva.

O aparecimento das novas tecnologias médicas, de um novo planejamento dos hospitais, da formulação de medidas de intervenção sobre a vida dos indivíduos e sobre o espaço urbano, ocorreu dentro desse processo amplo de transformação sócio-econômico europeu. A questão é que essas mudanças não ocorreram de forma simultânea em outras partes do mundo, de modo que não atingiram, por exemplo, regiões como o Brasil. No século XVIII a então chamada *América Portuguesa* caracterizava-se por ser uma área de exploração colonial, onde os processos de modernização que atingiam as sociedades européias eram muito timidamente sentidos. Com isso, a formulação de um modelo de saúde organizado com objetivos de desenvolver o país, sofreu um enorme atraso entre nós.

Comparando a situação da saúde brasileira do século XVIII, com as análises de FOUCAULT (1998) sobre a Europa do mesmo período, uma coisa fica bem clara: *a intervenção do Estado sobre a saúde, que começou a tomar forma nas sociedades européias a partir de 1750, só terá algum sentido no Brasil muito tempo depois.* A idéia de que a saúde coletiva era um fator fundamental para o desenvolvimento econômico das nações, noção que estava ganhando força nas sociedades prestes a se industrializar ou já em estágio avançado de industrialização, não existia para a elite colonial brasileira nem para o *Estado Português*. Foi somente com o regime republicano a partir do final do século XIX, que a preocupação com o progresso tornou-se também uma preocupação com as condições de saúde da população, entendida a partir daquele momento como fator vital para o potencial de crescimento do país.

Durante algum tempo, as reflexões sobre a formação da medicina moderna apontaram para a tese de que ela se tornou uma *medicina individual*, atuando sobre sujeitos particulares. Isso teria ocorrido à medida que as ações médicas deixaram de agir globalmente sobre a sociedade como faziam os antigos (*gregos* e mesmo a *medicina medieval*), para atuar diretamente sobre *indivíduos* e seus *corpos*, numa relação privada mediada pelo mercado. O ponto central dessa tese é a convicção de que com o *capitalismo*, ocorreu a transformação de uma medicina que era vista como coletiva anteriormente, para uma outra que se tornou cada vez mais individual, particularizada (MERHY, 1991).

---

<sup>18</sup> As características e a lógica de tal política podem ser descritas como uma ampla concepção de *polícia social*, que incluía não só a ação contra crimes mas, sobretudo, o controle social sobre os vadios, órfãos, loucos, pobres, crianças, famílias, através da produção de um discurso médico-sanitário.

FOUCAULT (1998) é um dos autores que contestam a tese acima, argumentando que a medicina científica moderna, que nasce no final do século XVIII, e se desenvolve durante o século XIX, é uma *medicina social* porque a partir do controle dos corpos dos indivíduos, produziu um discurso de poder sobre toda a população. As transformações econômicas processadas pelo surgimento do *capitalismo*, tomaram o corpo como *força de produção*, não para simplesmente usá-lo como instrumento, mas para a partir dele, organizar formas efetivas de *controle social* com base na normalização médico/sanitária.

Para FOUCAULT (1988), só em parte a *medicina ocidental moderna* é individualista, somente na relação médico/paciente. Nos demais aspectos de sua constituição, ela é *coletiva* e *social*, por causa da abrangência de sua ação. As necessidades impostas pela conjuntura sócio-política, tornaram necessária a existência de uma outra medicina que cuidasse dos corpos, mas que oferecesse, sobretudo, respostas imediatas para os graves problemas da saúde coletiva, reorganizando as sociedades européias sobre um novo *paradigma médico-científico* de controle, mais adequado para as estruturas de produção que estavam se formando. Foi nesse ambiente que nasceu a *medicina social*.

*“Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. (...)”* (FOUCAULT, 1998)

A evolução da grande *medicina social* da segunda metade do século XVIII, precursora da *medicina moderna científica*, pode ser traçada a partir da observação dos casos de três importantes países europeus, Alemanha<sup>19</sup>, França e Inglaterra. Acompanhando o desenrolar do processo, nota-se que antes da *medicalização do corpo* tratado exclusivamente como instrumento de trabalho imediatamente disponível, o poder médico se estabeleceu em outros espaços sociais,

---

<sup>19</sup> Embora situemos a construção da medicina social na Alemanha, ela na verdade teve início na Prússia, o importante estado alemão em torno do qual ocorreu a unificação nacional e a formação do que seria mais tarde (1870-1871) o país Alemanha. O modelo de *medicina de estado*, conhecido como modelo alemão, portanto, tem sua origem na Prússia acompanhando a experiência de organização das diretrizes estatais que ocorrera naquele país, entre o final do século XVIII e o século XIX.

desenvolvendo ações sobre objetos distintos entre si. Pode-se dizer de forma bem geral que a *medicina social* se estabeleceu a partir das experiências da *medicina do estado* na Alemanha, na França com a *medicina urbana* e, por último, na Inglaterra com a *medicina dos pobres*<sup>20</sup>.

A preocupação com o potencial econômico e com o poder militar dos Estados na Europa, vinha se manifestando desde o século XVI a partir do estabelecimento das práticas econômicas *Mercantilistas*. O *Mercantilismo* estimulava as nações a desenvolver todo o seu potencial produtivo, inclusive humano, que deveria ser explorado ao máximo na competição permanente com outras nações. Os vínculos entre a capacidade produtiva e guerreira de um país, com o tamanho de suas populações apontados pelo *Mercantilismo*, levaram os governos pela primeira vez a considerar de forma mais cuidadosa as condições de vida do povo, pelo menos no que tange a saúde. Estatísticas de natalidade, controle dos mortos, tentativas de evitar ou minimizar epidemias, além de outros métodos de ação paliativos, passaram a figurar entre as primeiras medidas médicas dos Estados europeus entre os séculos XVI e XVIII.

As medidas sobre a saúde influenciadas pelo *Mercantilismo*<sup>21</sup> representavam muito pouco em termos de efetiva melhoria da qualidade de vida das pessoas, significando tão-somente um controle numérico da população para efeito de cálculo das possíveis vantagens de um país sobre outro. Mas o que importa observar nesse caso, é que a capacidade produtiva dos países e conseqüentemente a produção de suas riquezas, tornou-se, com o *Mercantilismo*, uma questão também populacional. Isso abriu espaços para que as mudanças econômicas que vieram a no século XVIII, forjassem a oportunidade para a colocação em prática de medidas mais eficazes sobre a saúde que garantissem minimamente a vida da população, o que resultou na elaboração de políticas sanitárias e no desenvolvimento de uma *medicina social*.

A Alemanha, dando continuidade ao modelo prussiano, foi a precursora na definição de ações *médico/sanitárias* que levaram a formação de uma *medicina socializada*. Ela apresentava uma considerável desvantagem em relação a outros Estados europeus, seus concorrentes diretos pela supremacia econômica e política na Europa. Mas foi justamente num ambiente de fragmentação política e de

---

<sup>20</sup> Michel Foucault é o principal teórico que utilizamos aqui. Foi ele quem analisou de forma minuciosa as características e a evolução de cada uma dessas formas de exercício do poder médico e da formulação de políticas sanitárias, propondo uma teoria explicativa para a medicina social em formação entre os séculos XVIII e XIX, articulada intimamente com o desenvolvimento da sociedade capitalista burguesa.

<sup>21</sup> Sobre o conceito de Mercantilismo que adotamos aqui, ver as obras sobre o tema listadas na bibliografia.

soberanias frágeis, que se formou primeiramente uma *ciência do Estado* genuinamente alemã (FOUCAULT, 1998).

De fato foi na Prússia, o mais poderoso entre todos os Estados alemães de antes da unificação, que se desenvolveu o primeiro modelo de um moderno aparelho estatal como o conhecemos, com o estabelecimento teórico e prático das diretrizes de poder, da organização das funções burocráticas e da ampliação sem precedentes das prerrogativas do Estado (FOUCAULT, 1998). Esse crescimento do poder estatal promoveu por sua vez, a formulação de uma *política de saúde* a partir da organização de serviços médicos hierarquizados e da implementação de campanhas de higienização urbana, tudo rigidamente controlado pelo governo.

A ideologia da *polícia sanitária* ou *polícia médica* alemã figura como o primeiro exemplo concreto de uma *medicina social* preocupada com o problema médico. Ela representou claramente as características da *medicina de estado*, colocando o poder público como agente fiscalizador ativo, que tinha a preponderância na formulação das *políticas sanitárias* e na aplicação delas. Ao mesmo tempo, essa *polícia médica* promoveu a uniformização das leis, dos procedimentos e dos saberes médicos, com a conseqüente *normalização da medicina* nos territórios alemães. Os primeiros alvos atingidos pelo poder do nascente Estado alemão, foram os médicos e a medicina, para a partir deles, estender sua hegemonia sobre a sociedade como um todo.

*“Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina do Estado.”* (FOUCAULT, 1998)

Diferentemente do caso alemão, a *medicina social* francesa da segunda metade do século XVIII se manifestou primeiramente em relação à organização do espaço urbano. Foi sobre as cidades que o *poder médico* se estabeleceu na França, a partir da preocupação com os caóticos aglomerados urbanos e sua influência negativa sobre a saúde. A salubridade do ar e das águas nas cidades francesas passou a ser motivo de atenção constante das autoridades médicas que agiam orientadas pela *teoria dos miasmas*<sup>22</sup>, há muito conhecida na Europa (FOUCAULT,

---

<sup>22</sup> Segundo Edson Ribeiro, pesquisador do Programa Regional de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (Prodema) da Universidade Federal da Paraíba, desde da

1998). De acordo com tal teoria, a contaminação do ar pelas emissões miasmáticas pútridas era a causa principal da maioria das doenças, especialmente das epidemias freqüentes que dizimavam a população. Do mesmo modo, a contaminação da água por dejetos humanos, a ocupação das margens dos rios, o que impedia as correntes fluviais e o ar de circular livremente, eram também vistas como uma situação perigosa para a saúde. PECHMANN (1998) numa análise sobre as doenças e os problemas urbanos, fez a seguinte observação sobre os miasmas e sua relação com as cidades:

*“Nos miasmas que contaminavam a atmosfera, nas epidemias que devastavam a população, na falta de sistema de água e esgoto que levava à infestação do meio ambiente, na multidão miserável que propiciava a revolta, na falta de trabalho que levava ao crime”.*

A ideologia expressa na *medicina urbana francesa* orientou o ordenamento dos espaços nas cidades, com a estratégia implícita de controle sobre o uso do solo e das águas. O objetivo era garantir padrões mínimos de salubridade urbana e desse modo, todo e qualquer agente que representasse alguma ameaça ao bom equilíbrio do ar e das águas, deveria ser eliminado ou corrigido. Por isso, era grande a preocupação com a localização dos cemitérios, dos matadouros públicos, dos hospitais e das demais atividades que pudessem contribuir para corromper o ar com *miasmas* nocivos e estagnar as águas com detritos.

O poder médico estava por trás das reformas nas cidades que objetivavam a construção de grandes avenidas e praças, que permitissem a livre circulação do ar, além da demolição de casas insalubres localizadas em baixo de pontes ou nas margens de rios. O esquadramento dos bairros pobres, vistos como focos de doenças e de promiscuidades que as causavam, próprias das populações carentes, também tiveram lugar dentro dessa lógica de controle. As intervenções urbanas de tipo sanitaria, que observa-se mais tarde em vários países, inclusive no Brasil, foram herdeiras diretas da ideologia de *medicalização da cidade* proposta pela

---

Antigüidade, os homens vivem preocupados com a salubridade do ambiente urbano, orientando suas ações pela idéia dos *miasmas*. Como não conheciam os micróbios, eles chamavam de miasmas substâncias que acreditavam estar concentradas no ar e que poderiam causar doenças. Para se protegerem, os antigos buscavam formas de prevenção que, apesar de não serem baseadas no conhecimento científico, assemelham-se muito com as indicações atuais: abertura e ventilação de ambientes para diminuir a concentração dos miasmas no ar; distanciamento das fontes de emissões pestilentas, por medidas de saneamento; sempre que possível, afastar das aglomerações urbanas locais como: cemitérios, depósitos de lixo e matadouros; preservar de áreas verdes, já que as doenças eram mais comuns nas cidades do que no campo.

*medicina social francesa* do século XVIII. O ideário de medicalização francês exerceu enorme influência na Europa e na América, dando as autoridades públicas o poder de controlar o espaço urbano, determinando através de um discurso sanitário, o que podia ou não funcionar nas cidades. É impressionante o uso desse poder pelas autoridades locais aqui no Brasil do século XIX e início do século XX, expresso principalmente pelas *Câmaras Municipais*. São inúmeros os decretos, posturas, proibições, todos com o objetivo de melhorar a salubridade urbana, dentro da lógica apresentada pela *medicalização da cidade*.

Por fim, foi na Inglaterra que se desenvolveu, sobretudo durante o século XIX, o modelo de *medicina social* mais avançado para a época, com atuação sobre os indivíduos tomados naquele momento como força de trabalho. A *medicina dos pobres* inglesa representou uma intervenção direta sobre a saúde dos indivíduos, especialmente das classes proletárias. As gigantescas massas humanas que formavam os exércitos de trabalhadores da *Revolução Industrial* que enchiam as cidades inglesas, passaram a ser vistas no início do século XIX como potencialmente perigosas para todos. FOUCAULT (1998) argumenta que os pobres até então não tinham sido um problema maior para as cidades, porque realizavam pequenos serviços, carregavam água, cuidavam da eliminação dos dejetos, coletavam lixo, distribuíam correspondência, etc, contribuindo assim para o bom funcionamento da estrutura urbana. Contudo, a nova organização industrial que estava em marcha, produziu uma explosão demográfica das cidades que começou a misturar de forma perigosa, pobres e ricos num mesmo espaço que estava tornando-se cada vez menor.

BRESCIANI (1992) num estudo muito elucidativo sobre o tema das populações urbanas, analisou com precisão o que chamou de *espetáculo da pobreza* nas cidades européias do século XIX. Seu trabalho traçou o impacto psicológico e prático que as multidões, novas na cena das cidades daquele momento, causaram nas pessoas, deixando em todos uma profunda sensação de desordem perigosa para vida cotidiana. A ênfase foi para os casos de Paris e Londres.

*“Nessa Londres da metade do século, com dois e meio milhões de habitantes, projetam-se com total nitidez a promiscuidade, a diversidade, a agressão, em suma, os vários perigos presentes na vida urbana. Para além do fascínio se faz sentir o medo. (...)”* (BRESCIANI, 1992)

A preocupação com a saúde da força de trabalho na Inglaterra determinou a formulação de *políticas médicas* que atingissem a população trabalhadora com o objetivo de deixá-la saudável para as atividades industriais. A preocupação com o perigo representado pelos pobres<sup>23</sup> nos amontoados urbanos, levou igualmente as autoridades a cuidar da saúde *deles*. Esses fatores conjugados de acordo com FOUCAULT (1998), estavam na origem das preocupações da *medicina social* inglesa direcionada para as camadas populares<sup>24</sup>. Era preciso agir de forma eficiente sobre os *corpos dos trabalhadores* estabelecendo estratégias de controle e mantendo-os funcionais para o trabalho, ao mesmo tempo, era também necessário cuidar das *doenças dos pobres*, para que estes não representassem uma ameaça para as camadas ricas, que agora estavam obrigadas a conviver com eles numa nova situação sócio-econômica.

*“Vê-se, claramente, a transposição, na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política. A legislação médica contida na Lei dos pobres corresponde a esse processo. (...)”* FOUCAULT (1998)

Como resultado de uma série de transformações econômicas e sociais no interior das sociedades européias, o século XVIII, a partir de sua segunda metade, viu assim nascer o esboço da *medicina moderna*. Social em sua essência, essa medicina acionou novos e eficazes mecanismos, combinando ideologias e práticas científicas, para agir a partir dos corpos de forma abrangente sobre a vida social. Nela é possível observar vários elementos que compõe hoje, o arsenal dos médicos e dos hospitais na tarefa de curar e preservar a saúde, por isso a importância de compreendermos a sua evolução aqui.

---

<sup>23</sup> As medidas médico-sanitárias postas em prática pela *medicina social inglesa* teve seu início com a *Lei dos pobres* que, através da criação de um sistema de assistência médica aos necessitados, produziu um mecanismo médico de controle sobre eles, no que FOUCAULT chama de assistência-controle. Por volta de 1870 a *Lei dos pobres* teve sua ação complementada a partir da entrada em funcionamento de dois novos mecanismos que foram o *health service* e *health officers*. Juntos o *health service* e *health officers*, passaram a agir no campo da vacinação em massa e do reordenamento do espaço urbano, numa combinação bem sucedida de elementos da *medicina urbana francesa* com a *polícia médica alemã*.

<sup>24</sup> Sobre a *Lei dos Pobres* ver o estudo George Rosen, *Uma História da Saúde Pública* .

## 1.1 – Com a medicina social renascem os Hospitais;

O hospital em sua versão moderna é uma criação relativamente recente. Sua natureza e funções eram muito diferentes das que desempenha hoje, não sendo até a reorganização de sua estrutura operada pela *medicina social*, absolutamente um meio para curar. A característica de espaço de cura, de instrumento médico capaz de agir sobre os indivíduos, de interferir de forma decisiva sobre a doença e produzir efeitos sobre a saúde, só começou a se realizar no final do século XVIII, por isso consideramos que ele *renasce* nessa época, embora já existisse antes.

Em sua origem mais remota o hospital estava vinculado a idéia de hospedagem, ou seja, era um lugar de descanso, de repouso para os viajantes, para os marinheiros longe de casa, para soldados estacionados nas distantes áreas coloniais, para os peregrinos (RIBEIRO, 1993). Concebido para oferecer alguma assistência aos necessitados, só eventualmente tratava de suas doenças, fornecendo a eles muito mais conforto espiritual e físico, do que propriamente tratamento terapêutico.

Com a transformação das sociedades e a complexidade que estas começaram a adquirir no espaço europeu, este antigo estabelecimento de amparo foi ganhando cada vez mais novas e abrangentes funções e já no início da *Idade Moderna*, é possível notar que o hospital avança para atuar como lugar de assistência geral para os pobres e marginais. A verdade é que até a sua medicalização e a incorporação dentro da rotina das tecnologias de cura, os hospitais eram lugares de morte, não de vida. Seu funcionamento não estava orientado por saberes e práticas médicas, atuando em suas dependências pessoas que não eram sequer treinadas para tratar doenças. Elas estavam ali para desempenhar uma atividade puramente caritativa e filantrópica, fornecendo aos moribundos pobres um último consolo antes da morte. Tratava-se de uma função assistencial dentro da lógica de caridade religiosa tão presente na vida européia entre os séculos XVI e XVIII.

Os hospitais eram verdadeiramente *depósitos de gente*, para onde iam todos aqueles que não tinham outra alternativa nas situações limites de suas vidas. Era um lugar de desordem, de caos, para onde as prostitutas, os loucos, os mendigos, os *degenerados* e os pobres, de maneira geral, eram enviados para receber a caridade de leigos ou religiosos em seus momentos finais. Uma vez doentes, esses *personagens marginais* precisavam ser recolhidos em algum lugar, para que não

oferecessem perigo para os outros, por isso os hospitais existiam. Era ainda um lugar de desordem, por que não produzia a cura, ao contrário, às pessoas eram deixadas ali para morrer, não para se recuperar. Era caótico também, por causa de sua perigosa capacidade de causar doenças através da contaminação do ar e das águas no espaço urbano em que estava instalado.

Entre os séculos XVI e XVIII era muito comum a vinculação entre hospitais, lazaretos, prisões e manicômios, tomados como sinônimos de espaços de exclusão, para onde deveriam ser mandados todos aqueles que representavam algum perigo social imediato. Nesse sentido, as preocupações sanitárias desses estabelecimentos ou o compromisso em promover ações curativas, não estavam no primeiro plano de suas funções.

*“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que ele deve curar, mas o pobre que está morrendo. (...)” (FOUCAULT, 1998)*

A situação dos hospitais começa a mudar na segunda metade do século XVIII, quando então se percebe que eles causavam mais problemas do que forneciam soluções para a saúde. Nesse período, teve início as viagens e os *inquéritos* realizados por Howard e Tenon, a serviço da Inglaterra e da França respectivamente. Howard percorreu vários hospitais, prisões e lazaretos da Europa com o objetivo de analisar as características desses estabelecimentos e suas estruturas de funcionamento. Tenon realizou, a pedido da *Academia de Ciências* da França, um rigoroso estudo (inquérito) sobre as condições gerais dos hospitais, especialmente do famoso Hôtel-Dieu de Paris, no momento em que as autoridades francesas discutiam sobre sua reestruturação (FOUCAULT, 1998).

As observações dos dois investigadores resultaram em relatórios que descreveram e analisaram com precisão, tudo que fosse relevante para a melhoria do funcionamento dos hospitais. Começou a partir daí, a se formar um conhecimento hospitalar preocupado com a quantidade de doentes por hospital, com o número de

pacientes por leito<sup>25</sup>, com a organização espacial das enfermarias e a separação de pacientes por doenças, que antes não existia. Tenon chegou inclusive, a medir a quantidade de ar por paciente, a estabelecer a cubagem de ar que seria mais adequada para cada pessoa no espaço das enfermarias, a sugerir tratamento mais eficiente para as roupas sujas e limpas, para os panos e bandagens usados em curativos e ferimentos, entre outras medidas.

Não era mais aceitável que o hospital fosse um agente de doença e morte. Tudo deveria ser cuidadosamente observado para que se produzisse um ambiente o mais saudável possível. Com isso, o espaço caótico dos hospitais começou aos poucos a ser medicalizado, controlado por uma série de rotinas e procedimentos, que tinham o objetivo de torná-lo um meio de cura. Os efeitos positivos que essas medidas geraram, exemplificados pela diminuição das taxas de mortalidade e aumento dos sucessos de tratamento, confirmavam o acerto dessas novas concepções.

A própria ação do médico começou a ser revista, passando a usar a experiência hospitalar para melhorar sua atuação clínica. Isso deu também aos hospitais uma nova dimensão enquanto lugar de conhecimento, que agora deveria registrar todos os procedimentos e informações, acumular dados relevantes sobre doenças, pacientes, formas de tratamento, contágio, higiene, etc, para dotar o médico de um arsenal mais eficaz em seu trabalho diário. O processo de interação dos médicos com o novo hospital que nascia permitiu, ainda, o aparecimento da figura do médico de hospital, que realizava visitas constantes e rotineiras aos pacientes. Num segundo momento, surgiu a obrigatoriedade dos hospitais em manter um médico residente, estabelecendo-se a regra de presença permanente de pelo menos um médico durante o dia e a noite (RIBEIRO, 1993). Um outro passo significativo na melhoria do hospital também foi dado quando surgiram as *enfermeiras leigas*, que passaram a ocupar o espaço do pessoal caritativo que prestava serviços de assistência aos doentes (RIBEIRO, 1993). Com essas enfermeiras aparece a figura do profissional de saúde, um agente que recebia treinamento mínimo em serviço e acumulava conhecimentos para atuar nas ações terapêuticas.

---

<sup>25</sup> Nos hospitais de antes da intervenção da *medicina social* do século XVIII, um leito podia ser ocupado por até três pacientes, não importando o tipo de doença que tivessem e era comum que um paciente ficasse, às vezes, horas ao lado do cadáver do companheiro de leito que morria. Nas Santas Casas do Brasil colonial, por exemplo, em muitos lugares os doentes eram acomodados em esteiras, no chão. Além da falta de camas, reflexo das carências materiais da Colônia, era inexistente a preocupação com os aspectos da higiene e da contaminação por bactérias dentro da rotina hospitalar.

Conjuntamente com a metamorfose dos hospitais, o exercício da medicina e os conhecimentos médicos em geral, sofreram profundas alterações. A crescente formulação de um saber médico hospitalar cada vez mais sofisticado em virtude da experiência adquirida e das observações que se tornavam aos poucos científicas, provocou o abandono da *noção de crise* dominante na medicina da época (FOUCAULT, 1998). De acordo com essa noção, a doença era resultante de uma crise que colocava a natureza sadia do indivíduo em perigo. O mal que atingia um paciente era o desequilíbrio de sua natureza, que em condições normais era sadia, mas que começou num determinado momento a apresentar sintomas de crise. Dessa forma, cabia ao médico detectar o momento em que a crise começou e agir para que a natureza saudável do enfermo se restabelecesse. Mas tudo dependia da própria natureza do paciente, assumindo o médico uma condição passiva diante da doença, ministrando cuidados que favorecessem a vitória final da natureza sobre o mal.

Estava implícita na *noção de crise* a impotência da medicina, entre os séculos XVI e XVIII, frente às enfermidades, não tendo a prática médica recursos que pudessem agir de forma efetiva para modificar com sua ação, os quadros clínicos mais graves. Nada na prática médica apontava para um saber científico e hospitalar, que com base no acúmulo de experiência, de informações e observações sistemáticas, permitissem a formulação de analogias ou o estabelecimento de relações de causa e efeito. Foi com a medicina científica, social e hospitalar, que o conhecimento médico sofreu a necessária modernização e suas práticas foram aos poucos tornando-se capazes de atuar com eficiência.

Tudo isso apontou para uma nova realidade médico/hospitalar que transformou os hospitais de alto a baixo. Até mesmo a arquitetura dos prédios que o abrigava tornou-se objeto de atenção, com a elaboração de projetos que produziram plantas mais adequadas para o desempenho de atividades terapêuticas. O prédio de um hospital deveria ser diferenciado de outros, não podia mais ser igual ao de uma prisão ou residência, porque sua função era agora específica. Resta, porém, uma indagação a ser feita: porque o hospital-albergue se medicalizou tornando-se um hospital-médico terapêutico? O que provocou a mudança radical na natureza dos hospitais transformando-os em espaço de cura? Mais uma vez FOUCAULT, analisando as estruturas do poder nas sociedades modernas, apresenta uma hipótese bem fundamentada para essa metamorfose. Segundo ele, as mesmas mudanças sócio-econômicas que favoreceram a formação de uma *medicina social* a

partir da segunda metade do século XVIII, também provocaram a transformação estrutural e funcional dos hospitais. Na verdade os dois processos foram complementares.

As sociedades européias experimentaram a partir de 1750 uma grande sofisticação dos meios técnicos, aliada aos avanços econômicos que exigiram novos e aperfeiçoados meios de controle. Por todo lado via-se uma grande normalização técnica nos exércitos, nas burocracias dos governos, nas finanças. O *preço dos homens*, de acordo com FOUCAULT (1988), aumentou no século XVIII, à medida que os meios técnicos nas várias atividades humanas, tornavam-se cada vez mais avançados. Os velhos hospitais marítimos responsáveis pelo controle das quarentenas e porta de entrada para os países, assim como os seus congêneres os hospitais militares, não podiam mais continuar existindo enquanto espaço caótico. Era inaceitável que os hospitais continuassem produzindo desordem, matando mais do que curando os homens. Foi dentro desse contexto que começou a medicalização dos hospitais militares e marítimos, que precisavam dar condições aos Estados de exercerem seu poder sobre os estrangeiros e as mercadorias que entravam e saíam, bem como curar os soldados feridos ou enfermos, nos quais havia-se investido tempo e dinheiro em treinamento.

A partir do momento que as medidas de reorganização dos hospitais militares começaram a dar seus primeiros sinais positivos, o modelo se estendeu para os hospitais civis que também precisavam de total revisão. Desse modo, obedecendo às necessidades da conjuntura sócio-econômica e do aperfeiçoamento técnico das sociedades, ocorreu a revisão das práticas médicas e sanitárias, a ampliação dos conhecimentos da medicina, que se materializaram na organização de políticas de saúde abrangentes e na reforma dos hospitais, enquanto meios de intervenção sobre as doenças e a morte.

## **1.2 – Uma breve visão da saúde no Brasil Colonial;**

Quando falamos de saúde ou de serviços de saúde no Brasil, é necessário que se tenha clareza sobre as características da formação histórica da sociedade brasileira e da própria organização do país na longa duração. Nesse sentido, a condição de área de colonização e exploração pertencente a uma metrópole européia, no caso Portugal, foi durante muito tempo um poderoso obstáculo para ações efetivas de saúde sobre os territórios da então *América Portuguesa*.

As próprias características geográficas e populacionais da colônia, com seu imenso território ocupado por florestas habitadas por povos em estágio primitivo de desenvolvimento em relação aos europeus, dificultaram projetos de melhoria da qualidade de vida da sociedade que se formava. Além disso, não era interesse dos portugueses o desenvolvimento de qualquer política que não fosse a de ocupação da terra e exploração das riquezas existentes.

A impressão que tiveram os primeiros europeus do Brasil, como um paraíso terrestre, uma espécie de éden de maravilhas e exuberâncias naturais, logo se desfez diante do ambiente hostil que foram encontrando pela frente. A combinação de doenças tropicais pré-existentes com as que foram trazidas pelos portugueses e africanos no avanço da colonização, tornou as condições de saúde na nova terra bastante críticas. Em 1563 ocorreu a primeira epidemia de *varíola* que se tem registro e em 1685, a primeira de *febre amarela* (ESCLIAR, 2002), para falarmos das mais importantes nesse período.

A principal população atingida nessas epidemias foi evidentemente a indígena, com grupos inteiros de índios sendo dizimados pelas doenças muitas vezes sucessivas, no que se pode chamar de impacto biológico da conquista. Mesmo com seu modo de vida considerado saudável, os indígenas eram mais numerosos, o que facilitava o contágio, e sem resistência biológica contra os vetores e doenças trazidas pela colonização, tornando-se alvo fácil na nova condição sanitária que se apresentava. No entanto, os colonos brancos ou mestiços, especialmente os mais pobres, juntamente com o contingente de cativos africanos, não estavam livres da tragédia sanitária comum. A vida na colônia era uma dura provação para a população em geral nos primeiros tempos no que tange a saúde. Sobreviver às doenças e as dificuldades impostas pelo território e pelo clima, era uma aventura para os mais fortes, já que o apoio e a assistência das autoridades coloniais era praticamente inexistente.

O que nos chama a atenção, é que não houve durante todo o período colonial ações abrangentes do governo português para melhorar a situação sanitária, embora o Brasil apresentasse um quadro de saúde individual e coletivo muito ruim desde o início. As iniciativas ficaram restritas a fundação de alguns poucos hospitais militares para atender aos soldados e marinheiros, as enfermarias criadas pelos religiosos ou os hospitais das irmandades leigas, em especial as Santas Casas de Misericórdia. Desde o início os serviços gerais de saúde ficaram entregues aos particulares (religiosos ou leigos) que atuavam em nome da benemerência e da

caridade no atendimento à população. A filantropia caritativa chegou ao Brasil junto com a colonização, incentivada pela própria administração portuguesa. Fora isso, o resto se resumiu por um bom tempo às visitas dos *físicos*, médicos enviados pelo governo para atender aos funcionários da Coroa ou a presença de alguns poucos médicos particulares

Os primeiros *físicos*, como eram então chamados os médicos vindos de Portugal, chegaram com a comitiva do *Governador Geral Thomé de Souza*, em 1549. Eram funcionários com cargos oficiais que ficavam subordinados à *Coroa*, às *Câmaras Municipais* ou ao *Exército*, desempenhando funções de fiscalização sanitária e clínica privada. Evidentemente os *físicos* eram poucos e só atendiam a uma parcela mínima da população, ou seja, a elite administrativa ou aqueles que poderiam pagar por seus serviços. Sua atuação sobre a saúde do país era muito limitada, praticamente insignificante diante do volume de problemas.

Para cuidar das doenças, a grande maioria da população recorria mesmo às práticas da *medicina popular*, representada pelos curandeiros, pelos *barbeiros cirurgiões* e pelo uso de ervas, uma prática de tratamento copiada dos índios. Outra alternativa era usar os serviços das boticas presentes em algumas cidades que vendiam remédios e ministravam tratamentos simples. A assistência hospitalar, muito precária nos primeiros tempos, era feita basicamente pelas *Santas Casas de Misericórdia*, instituições que surgiram logo no início da colonização e tiveram função de extrema importância na assistência social. As ordens religiosas, sobretudo a dos Jesuítas, também atuavam na assistência médica, principalmente junto aos índios que pretendiam catequizar.

*“A sua função [Santa Casa de Misericórdia] era albergar os doentes, cuidar deles e, quando a situação era grave, proporcionar-lhes uma morte com assistência religiosa, porque naquela época muito pouco se podia fazer, em relação ao tratamento curativo, por um enfermo.” (ESCLIAR, 2000)*

O quadro de saúde descrito acima predominou durante todo o período colonial. A chegada de D. João VI e sua Corte em 1808, mudou um pouco a situação com a tomada de algumas medidas oficiais quanto à saúde embora muito restritas. Foi criada em 1811 a *Junta Vacínica da Corte*, a primeira iniciativa governamental de combate direto às doenças, depois de 300 anos de ocupação portuguesa. Também foram criadas por iniciativa de D. João, logo em 1808, as duas

primeiras faculdades de medicina, uma no Rio de Janeiro e a outra em Salvador. Acompanhado as mudanças, o *Código de Posturas* do Rio de Janeiro de 1832, já durante o Império, estabeleceu como obrigatória a vacina contra a *varíola* pela primeira vez no país (SCLIAR, 2002).

A obrigatoriedade da vacinação imposta pelo código citado, no entanto, não teve o efeito desejado em virtude de dois fatores: em primeiro lugar a resistência e desconfiança da população desinformada em relação ao método de imunização; em segundo lugar, a incapacidade do poder público em fazer valer a lei. A idéia de intervenção autoritária preconizada pela *polícia médica* em marcha na Europa, ainda não havia chegado por aqui, o que evidencia, por outro lado, a continuidade do pouco compromisso das autoridades com a saúde. Desse modo, encerrado o período colonial o país recém-independente iniciou sua fase imperial sem grandes novidades quanto à mudança de postura dos governos, melhoria na qualidade da saúde da população ou dos serviços a ela oferecidos. Somente a partir da segunda metade do século XIX, é que a saúde torna-se uma preocupação, ainda que limitada, para o poder público. Isso nos sugere que o reflexo das mudanças no cenário internacional, promovidas pelas novas teorias médicas, finalmente começaram a tirar do imobilismo o Estado por aqui.

### **1. 3 – As políticas de saúde no final do Império e Primeira República;**

Os discursos sociais sobre a saúde como já enfatizamos, surgiram na Europa no final do séc. XVIII com o processo de disciplinamento dos corpos e intervenção sobre os sujeitos, como resultado da formação de uma *medicina social* na Alemanha, França e Inglaterra. Essa mudança de orientação produziu uma ideologia que colocava para o Estado a responsabilidade na definição de políticas e leis, que regulamentavam a saúde no espaço coletivo. Para PAIM & FILHO (2000) a concepção descrita, definiu o poder público como um agente fiscalizador das práticas médicas e sanitárias, o que de certa forma ainda hoje permanece válido. As idéias resultantes de tal movimento, se firmaram ao longo do século XIX e deram margem para a formulação de novas teorias e métodos de atuação sobre a saúde, como o *sanitarismo*, por exemplo.

Originado a partir de matrizes médico/sanitárias européias, o *sanitarismo* também chamado de pensamento *higienista*, guardava profunda relação com as ideologias conservadoras de cunho *positivista* voltadas para a eliminação dos males

sociais, entendidos como *doenças sociais*. O ideário sanitarista encontrou também grande respaldo teórico na chamada *Revolução Pasteuriana* do final do século XIX. Entre os anos de 1880 e 1898 aconteceram várias descobertas científicas a partir dos trabalhos de *Louis Pasteur* na França, em que foram descobertas as causas de muitas doenças, as vacinas para preveni-las ou mesmo a cura para elas. Com essas descobertas, a *Revolução Pasteuriana* colocou em novas bases o tratamento e a prevenção das enfermidades, que deveria seguir critérios científicos a partir de então.

No Brasil, a ideologia sanitarista chegou nos últimos anos do século XIX e se desenvolveu com grande força nas primeiras décadas do século XX. Segundo HERSCHMANN (1994), o alvo inicial do *sanitarismo* por aqui foi a cidade colonial, encarada como um lugar de vícios, desorganização espacial e doenças, que refletiam o atraso do sistema colonial herdado pelo Império. Aquele modelo de cidade deveria ser reestruturado e as grandes reformas urbanas e campanhas sanitárias, empreendidas durante a *Primeira República* (1889-1930), foram a resposta para o problema. Em sua trajetória no Brasil o *sanitarismo* colocou também em destaque na sociedade, as figuras do médico e do engenheiro sanitarista, os únicos profissionais capazes de atuar de forma decisiva na batalha contra as doenças e as cidades caóticas herdadas da colônia.

A importância do médico como perito em diagnosticar os males sociais já vinha se intensificando com a formação da *medicina social* e com a constituição de um saber médico/hospitalar. Além disso, o desenvolvimento na Europa em fins do século XIX de disciplinas *pseudocientíficas* de caráter *positivista*, como a *Antropologia Criminal*, a *Craniometria*, a *Sociologia Criminal* e a *Medicina Legal*, favoreceu ainda mais o crescimento desse poder, a partir de uma *medicalização do crime*<sup>26</sup> (DARMON, 1991). Essas teorias em formação, deram aos médicos a palavra final sobre as possíveis relações entre *crime* e *doença*, sendo o médico italiano

---

<sup>26</sup> Por volta de 1880 em diante, apareceram uma série de trabalhos de estudiosos europeus de diversas áreas da medicina com o objetivo de explicar cientificamente as causas do comportamento criminoso de determinados indivíduos. A associação entre crime e doença foi o desdobramento da perspectiva adotada por esses cientistas, que acreditavam poder tratar e prevenir os crimes como uma patologia. A questão mais importante para a medicina criminal, era saber se havia indivíduos *biologicamente pré-dispostos a cometer crimes*. Os representantes das *novas ciências criminológicas* acreditavam que sim, que era possível estabelecer perfis criminosos através do estudo dos corpos dos indivíduos. Para *Lombroso* e seus colegas, o *crime* era uma *patologia* que estava inscrita na formação biológica de cada pessoa, o que se manifestava através da formação defeituosa de seus corpos, sobretudo, dos seus *crânios*.

*Cesare Lombroso* a figura de maior destaque nesse movimento, ao elaborar a sua original teoria do *Criminoso Nato*.

Fortalecidos por essas concepções, os médicos tornaram-se os porta-vozes da modernidade científica que tudo podia explicar e resolver, inclusive os casos mais perturbadores de conduta desviante e marginal dos indivíduos. Nas primeiras décadas do século XX, tais concepções formuladas em torno de uma *Antropologia Criminal*, ainda estavam em evidência e continuaram colocando o médico como portador do conhecimento científico sobre os problemas sociais. Daí a sua presença marcante nas práticas e discursos do *sanitarismo*, que também ao seu modo, pretendia fornecer soluções científicas para os problemas da saúde e das cidades.

Aqui no Brasil a ideologia do *sanitarismo* se articulou ainda, com os ideais de modernidade da República recém-implantada. As intervenções urbanas tornaram-se a estratégia principal do poder público, no sentido de superar o atraso colonial através das reformas das cidades e do combate às doenças contagiosas. O espaço urbano tornou-se alvo de um rigoroso controle, com o objetivo de mudar os hábitos e os costumes da população que fossem considerados impróprios ou danosos para o bem-estar geral (POHLMANN, 2003). Vê-se aí a clara influência da medicina *social francesa*, com sua ênfase na medicalização da cidade e no controle do espaço urbano, combinada com a *medicina de estado alemã* (prussiana), que preconizava a intervenção forte do poder sobre a saúde.

O controle das doenças endêmicas juntamente com a busca por uma cidade limpa, organizada, livre das epidemias freqüentes, eram os objetivos a serem atingidos com as reformas urbanas e sanitárias (POHLMANN, 2003). A imprensa da época desempenhou papel importante nesse contexto, atuando como propagadora do novo ideal de modernidade que preconizava a necessidade de conquistar um espaço urbano mais saudável. São muitos os artigos que podem ser encontrados em jornais como *Monitor Campista*, por exemplo, reproduzindo em forma de aviso à população ou informando através de reportagens supostamente educativas, os discursos médico/sanitários que ganhavam força ideológica.

O fato mais significativo na área da saúde durante a *Primeira República* foi justamente à colocação em prática dessa visão higienista através da atuação de *Oswaldo Cruz* e *Emílio Ribas* no combate às doenças contagiosas que atacavam o país. Os dois renomados sanitaristas estiveram à frente dos primeiros órgãos de saúde importantes criados pelos governos federal e estadual, respectivamente no

Rio de Janeiro e em São Paulo<sup>27</sup>. A ação desses serviços estava orientada por um modelo técnico-assistencial que pode ser chamada de *campanhista/policial*, dominante até 1920<sup>28</sup>, e que evoluiu depois para o modelo *campanhista/vertical permanente* (MERHY, 1992). A característica básica desse modelo era a atuação sobre doenças específicas e problemas sanitários particularizados, através de amplas campanhas de combate. Esse programa de ação praticamente não previa a existência de serviços ambulatoriais ou hospitalares públicos permanentes para o atendimento constante à população.

*“Praticamente inexistiam serviços ambulatoriais permanentes, e os objetivos estavam associados principalmente ao controle das epidemias. A partir das concepções bacteriológicas do processo coletivo da saúde e da doença, e de acordo com o projeto campanhista/policial, foram criados órgãos de execução de ações de polícia sanitária, de desinfecção, de engenharia sanitária e de vacinação, como os seus instrumentos privilegiados”.* (MERHY, 1992)

O pensamento pioneiro dos higienistas, *Oswaldo Cruz* e *Emílio Ribas*, representou, sobretudo, uma mudança teórica importante com relação ao entendimento das origens das doenças e suas formas de contágio. O sanitarismo brasileiro, que eles tão bem representaram, estava vinculado à *corrente bacteriológica* herdeira direta da *Revolução Pasteuriana* do final do século XIX, que colocou a existência de *microorganismos* causadores de infecções, como responsáveis por grande parte das doenças antes incompreendidas. Essa nova corrente rompeu com a tradicional teoria *miasmática*, que ainda estava em voga no

---

<sup>27</sup> Considera-se de modo geral, que as políticas de saúde pública no Brasil tiveram início com as atividades de Emílio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. Cruz organizou e dirigiu a *Direção Geral da Saúde Pública*, órgão criado pelo governo federal para atuar a partir da capital, sobre a saúde do país. Ribas, por sua vez, dirigiu o *Serviço Sanitário Estadual* de São Paulo, órgão análogo à *Diretoria Geral*, só que menos abrangente. Ambos foram, ainda, importantes cientistas/pesquisadores dos institutos que hoje levam seus nomes, além de terem contribuído na formação teórica do pensamento higienista brasileiro e na formulação de políticas para a área.

<sup>28</sup> Foi marcante nesse período também, a influência do *sanitarismo norte-americano* representado pela Fundação Rockefeller, numa parceria em forma de ajuda oferecida ao governo brasileiro por aquela instituição. A primeira Comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915, formada por William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da International Health Commission). Foram muitas as contribuições e realizações dos cientistas da Fundação em parceria com médicos e sanitaristas brasileiros, no período que se estende de 1915 até o início dos anos 20, que marca, no Brasil, a consolidação de uma etapa importante da Reforma Sanitária. A Fundação Rockefeller procurou *adaptar* suas atividades às situações históricas, culturais e sanitárias do Brasil. Fundamentalmente, os modelos *campanhista* e a formação de novos profissionais, duas das maiores realizações da Fundação, foram conduzidos *em parceria* com a elite médica e sanitarista atuante no Brasil na época da chegada da Missão, tendo sido implementados *em sintonia* com o governo federal e os governos estaduais.

início do século XX, segundo a qual as doenças eram originadas na corrupção do ar provocadas por emanações pútridas do meio ambiente.

Cabe destacar que os métodos utilizados nos recém-fundados órgãos de saúde, especialmente por Cruz no Rio de Janeiro, foram à *vacinação* em massa e a *limpeza urbana*, que embora tenham sido eficazes para a melhoria das condições gerais de higiene, foram colocados em prática de forma autoritária, seguindo o modelo de *polícia médica* de intervenção, de origem prussiana/alemã (SCOREL, 2000).

O conceito de *polícia sanitária* ou *polícia médica* foi desenvolvido por Johan Peter Frank<sup>29</sup> em 1779, dentro do processo de formação da *medicina social* alemã encarada como uma *Medicina do Estado*. Embora o termo alemão *politizei* tenha tradução ambígua, podendo significar tanto *política* quanto *polícia*, o fato é que se tratava de ações autoritárias de intervenção do poder sobre a vida da população, que no caso brasileiro se traduziu com clareza nas ações de *Oswaldo Cruz* à frente da Direção Geral da Saúde Pública. Não é difícil imaginar numa sociedade autoritária e desigual como a brasileira do período, quais foram os principais alvos atingidos pelas intervenções e onde elas se processaram: a população pobre e as áreas populares foram os objetos centrais das ações sanitárias e reformistas do *Estado Republicano* nas primeiras décadas do século XX (SCLIAR, 2002).

A pobreza que infestava as cidades era vista como *doença social* pelos ideólogos conservadores. E ela precisava ser *curada*, não com o combate às desigualdades, mas com a *eliminação* dos pobres. Afastar as camadas populares dos centros das cidades para que estas pudessem ganhar ruas e avenidas largas, com prédios modernos, controlar as atividades populares no espaço urbano, empurrar os pobres para a periferia. Essas medidas foram à tônica das intervenções sanitárias do período, tão bem caracterizadas nas ações de Pereira Passos e Rodrigues Alves.

*“A sociedade brasileira era autoritária, e autoritários eram os governantes: Pereira Passos executou com mão-de-ferro a reforma urbana no Rio de Janeiro, conhecida como ‘bota abaixo’. Esse autoritarismo foi uma das causas da Revolta da Vacina, um levante popular contra a vacinação antivariólica, que convulsionou a capital durante vários dias em novembro de 1904.”* (SCLIAR, 2002)

---

<sup>29</sup> Peter Frank não foi o único criador da idéia de *polícia sanitária*, mas aquele que expressou de forma mais clara e abrangente essa proposta, na obra *System einer Medizinischen Polizei*. Após a Unificação e a organização do Estado Alemão de acordo com o modelo prussiano, as idéias de Peter Frank ganharam força e aplicação prática nas iniciativas governamentais sobre a saúde.

As epidemias recorrentes, os esforços do poder público para sanear os males da cidade através de códigos de posturas e reformas urbanas, apontam para um quadro bastante nítido: havia uma situação de precariedade geral da saúde da população durante o Império e parte da República. E essa situação na verdade era comum em praticamente todo o Brasil. A própria capital do país, a Corte Imperial e depois a capital da República, a cidade do Rio de Janeiro, apresentava condições sanitárias e de saúde verdadeiramente calamitosas, como bem demonstra CHALHOUB (1996) num estudo muito significativo sobre as condições médicas urbanas. Em 1916 o médico *Miguel Couto* afirmou em frase que ficaria famosa, que o Brasil *era um vasto hospital*. Isso caracterizava a enorme preocupação de um profissional diretamente envolvido com a questão da saúde, diante da caótica realidade sanitária do país (Apud. CARVALHO, 2003).

Mais uma vez o que nos chama a atenção nos estudos sobre o tema e no contato com a documentação referente a Campos dos Goytacazes no período, é a ausência de um projeto de atendimento hospitalar em face das condições precárias que apresentava o Brasil. As medidas do poder público nos primeiros anos do século XX, orientadas pela ideologia do sanitarismo, eram ações pontuais de intervenção ou campanhas médicas temporárias, postas em prática quase sempre de forma autoritária. O Estado se manifestava principalmente na formulação de leis e proibições, sem o desenvolvimento de um sistema de atendimento eficaz para a população. A presença maciça da filantropia no campo social contribuía ainda mais para a manutenção desse quadro, com a permanência da atuação dos hospitais religiosos e filantrópicos. E pelo que as informações coletadas nos indicam, essa tendência valia tanto para os centros urbanos maiores, como era o caso do Rio de Janeiro e de São Paulo, quanto para as cidades do interior como Campos dos Goytacazes.

## Capítulo II – *A Mão da Misericórdia*: filantropia e caridade como padrão de ação social no Brasil;

“Ai, esta terra ainda vai cumprir seu ideal. Ainda vai tornar-se um imenso Portugal . . .” (*Fado Tropical* – Chico Buarque e Rui Guerra)

“Quem não está na Câmara está na Misericórdia”. (*Provérbio alentejano*<sup>30</sup>)

Charles R. Boxer em importante obra sobre as colônias portuguesas afirmou que *entre as instituições características do império marítimo português, e que ajudaram a manter unidas suas diversas colônias, havia o senado da câmara e as irmandades de caridade e confrarias laicas, das quais a mais importante foi a Santa Casa de Misericórdia*. Ele continuou, na mesma obra, acentuando que *a câmara e a misericórdia podem ser descritas, com algum exagero, como os pilares gêmeos da sociedade colonial portuguesa do Maranhão até Macau* (BOXER, 2002). Essa descrição se reveste de enorme valor para nós nesta dissertação, pois vem, de certa forma, a confirmar as informações que coletamos junto às fontes primárias, de que a *Misericórdia* foi um elemento fundamental presente na sociedade brasileira, no que tange as ações sociais e hospitalares, durante o Período Colonial, o Império e parte da República.

A Câmara e a Misericórdia foram, talvez, as instituições portuguesas que mais marcaram o Brasil por longo tempo, pois assumiam funções que tinham interferência direta na vida das pessoas. A Câmara e a Misericórdia prestavam auxílio à população, administravam serviços básicos nas vilas e cidades e contribuía de certa forma para manter a ordem urbana. Tudo isso fez delas elementos-chaves da estrutura social e política brasileira, que só com a República começou a mudar, e mesmo assim, de forma muito tímida nos primeiros momentos.

A presença da Santa Casa de Misericórdia como principal meio de assistência hospitalar, por vezes o único que funcionou por séculos no Brasil, permite compreender um padrão de filantropia e caridade marcante entre nós. Neste

---

<sup>30</sup>Citado por Charles R. Boxer na obra *O império marítimo português* (referência completa na bibliografia desta dissertação).

capítulo, trataremos do surgimento da Misericórdia em Portugal, sua transferência e desenvolvimento no Brasil, com enfoque especial para a irmandade fundada em Campos dos Goytacazes no final do século XVIII. Vamos tratar também dos serviços de saúde, analisando a atuação da filantropia, as ações do poder público e as condições médico/sanitárias gerais da cidade de Campos dos Goytacazes, no período coberto por este estudo.

## **2.1 – O nascimento da Misericórdia: as origens da irmandade em Portugal e sua transferência para o Brasil;**

A irmandade da Misericórdia<sup>31</sup> deve sua inspiração a Nossa Senhora da Misericórdia, que era uma antiga forma de referência a Virgem Maria, vista como a mãe de todos os homens, aos quais, de acordo com a religiosidade católica, protegia com seu manto. Segundo RUSSEL-WOOD (1981) a expressão Misericórdia tinha sido usada antes da fundação da Santa Casa em Portugal, para nomear uma irmandade em Florença, por volta de 1350. De acordo com o mesmo autor, a Misericórdia portuguesa teria sofrido a influência da predecessora florentina, adotando o mesmo nome e constituindo-se como irmandade para fins de amparo aos doentes e necessitados. A iniciativa de fundar a Misericórdia em Portugal é atribuída a Miguel de Contreras, frade espanhol que fundou um hospital/abrigo para atender os pobres na capital portuguesa em 1495.

Organizada como uma irmandade leiga<sup>32</sup>, ou seja, sem vínculos diretos com a Igreja Católica, a Santa Casa de Misericórdia, que chega ao Brasil, teve origem em Portugal no final do século XV. É importante notar que já vinha de algum tempo a

---

<sup>31</sup> O que é novo nas *Misericórdias* em relação às irmandades e confrarias anteriores, como as medievais por exemplo, é a sua *área de influência*, que passa a estender-se não só ao bairro, vila, cidade e seus termos como a todo o município. Além disso, a sua *ação assistencial* se dirigia a toda a população, embora privilegiasse naturalmente os "pobres" e os irmãos. A originalidade da Misericórdia portuguesa que chega ao Brasil pode ser confirmada ainda, na sua *dimensão* (trata-se de uma rede descentralizada e ampla, que acompanhou o alargamento do império); no seu *estatuto* (as misericórdias estavam colocadas sob proteção régia e eram, além disso, uma irmandade de leigos); na sua própria *organização interna* e até na sua gestão colegial.

<sup>32</sup> Embora tendo sempre um santo padroeiro, as Misericórdias eram irmandades laicas, escapando ao controle da Igreja. A alta hierarquia eclesiástica (Cúria Romana) procurava naturalmente enquadrá-las, a tal ponto que, a partir do *Concílio de Trento* (1545-1563), passou a haver uma clara distinção entre confrarias *laicas* e confrarias *religiosas*, com o objetivo de definir os dois campos de atuação. Essa divisão refletiu-se nas disputas entre as irmandades leigas e as ordens ou confrarias religiosas pela hegemonia sobre a caridade.

tradição em Portugal da fundação de hospitais por religiosos, com o objetivo claro de amparar os pobres, caso do hospital criado por Contreras. A cura das doenças não era bem a preocupação desses estabelecimentos e sim, proporcionar algum tipo de ajuda aos desvalidos, funcionando dentro da lógica de caridade religiosa cristã.

A característica de espaço de controle para os pobres, lugar de refúgio aos desamparados, que marcou os hospitais até sua medicalização no século XVIII (FOUCALT, 1988), estava totalmente presente nesses estabelecimentos portugueses do início da Europa moderna. O que chama a atenção nesse aspecto, é o fato de que já havia em Portugal nesse período uma ausência de serviços de assistência oficiais, tendo a filantropia espaço garantido para atuar cuidando das necessidades da população. O poder público estimulava a caridade, incentivava a sociedade para que cuidasse de seus problemas, especialmente os da saúde, não sendo este modelo, portanto, exclusividade da sociedade brasileira colonial. Na verdade essa forma de filantropia metropolitana foi em grande parte recebida como herança pelo Brasil, tendo as Misericórdias da colônia sido os maiores expoentes de uma rede de caridade e amparo particular.

Em 1498 finalmente foi fundada em Lisboa a irmandade original, também chamada de confraria da Misericórdia. Ela foi imediatamente posta sob a proteção real da rainha Dona Leonor, viúva de Dom João II. Com a proteção real concedida a irmandade, inaugura-se assim uma longa tradição de proteção dos poderosos à Santa Casa, em Portugal e no Brasil. Imediatamente teve início também a conclusão das obras dos hospitais que estavam em andamento, bem como a construção de outros, que foram entregues para a administração da Misericórdia. Foram construídos nesse período os hospitais de Caldas Novas da Rainha e de Todos os Santos. A Misericórdia de Lisboa foi a pioneira, tendo sido fundadas depois as irmandades do Porto e de Évora (ZARUR, 1979).

Aqui no Brasil, como em outras colônias portuguesas, as péssimas condições de saúde e a necessidade de cuidar de doentes sem recursos, dos recém-chegados, sem família e sem moradia, motivou a criação das Santas Casas de Misericórdia, que começaram a funcionar logo no século XVI. O surgimento das irmandades na colônia coincidiu com a política de ocupação de terras promovida pela Coroa portuguesa, com o incentivo a produção e o povoamento do território, conforme a legislação das *sesmarias* (LINHARES, 1990). Em 1549 o Estado Português resolveu intervir mais diretamente na questão do desenvolvimento da colônia, nomeando

como primeiro governador-geral, Tomé de Souza, rico fidalgo que tinha se destacado na *carreira das Índias* (LINHARES, 1990).

Thomé de Souza estabeleceu-se na Bahia, fundando a cidade de São Salvador, capital do Brasil colonial até 1763. Sua administração marcou o início da intervenção mais direta do poder metropolitano sobre a colônia, inclusive, com a implantação de instituições portuguesas em território colonial. O seu governo (1549-1553) foi sucedido por outras quatro administrações gerais que deram prosseguimento ao projeto colonizador até a União Ibérica, em 1580, quando o reino de Portugal se uniu ao de Espanha.

O domínio espanhol sobre o Brasil, que foi integrado ao império luso-espanhol, representou uma mudança significativa para a vida colonial. Muitos historiadores consideram o período importante para a formação de várias de nossas instituições sócio-políticas (BOXER, 2002). Ao que parece, a Santa Casa de Misericórdia foi uma dessas instituições que ganhou bastante força com a administração espanhola, já que espalhou-se rapidamente ao longo do período da União Ibérica pelas principais cidades e vilas. O objetivo dessa expansão era capacitar a colônia de estabelecimentos para a assistência hospitalar diante de um quadro médico/sanitário que era extremamente preocupante, atendendo aos funcionários, soldados e marinheiros tão úteis para as necessidades coloniais. Dessa forma, além de cuidar dos necessitados fornecendo amparo social através de obras de caridade religiosa, a filantropia metropolitana expressa nas Santas Casas, também criou hospitais para tratar doentes.

A primeira Misericórdia instalada no Brasil foi a de Salvador, na Bahia, então capital administrativa da colônia. De acordo com RUSSEL-WOOD (1981), num estudo abrangente sobre Santa Casa baiana, existem dificuldades para precisar a data da fundação da irmandade e do hospital, devido à falta de documentos suficientemente precisos. Por outro lado, para DAMAZIO<sup>33</sup>, pesquisador que no século XIX reconstituiu a história da Misericórdia na Bahia, a fundação da instituição teria ocorrido entre a chegada do primeiro governador-geral, Tomé de Souza, em 1549, e a morte do terceiro, Mem de Sá, em 1572.

A partir do descobrimento de novos documentos no século XX, alguns historiadores, dentre eles CALMOM, OTT e CAMPOS, avançaram ainda mais e tentaram algumas conclusões sobre as origens da Misericórdia baiana. Eles anteciparam o período de fundação apoiando-se nos registros datados de 1549 que

---

<sup>33</sup> Citado por BOXER (2002)

já apontavam para a existência de um Hospital (OTT, 1960). RUSSEL-WOOD (1981), no entanto, discordou dessa identificação direta entre a presença de um hospital e a Misericórdia proposta pelos autores citados. Para ele, embora houvesse indícios da existência da Irmandade da Misericórdia já em 1549, o Hospital da Santa Casa da Bahia, só teria sido construído possivelmente mais tarde, durante o governo de Mem de Sá, que foi, inclusive, um de seus provedores. Para RUSSEL-WOOD (1981), portanto, o registro mais antigo e confiável que se conhece da primeira Misericórdia da América Portuguesa, é de 1552, quando Manoel da Nóbrega, jesuíta que chegou ao Brasil com Tomé de Sousa, referiu-se à dificuldade de manter um orfanato na colônia.

*"(...) da casa, a qual eu dava à Misericórdia desta cidade, e que cuidassem dos meninos, o que nem eles, nem ninguém quiseram aceitar"* (Apud. RUSSEL-WOOD, 1981).

As Misericórdias coloniais seguiam o modelo da irmandade estabelecida em Lisboa, inclusive enviando seus estatutos, o *compromisso*<sup>34</sup>, para que fossem aprovados em Portugal. Todas as Santas Casas coloniais eram regidas pela de Lisboa e existiam com os mesmos propósitos dela. O *compromisso* de Lisboa foi impresso pela primeira vez em 1516, provavelmente já reformado do original de 1498. Esse *compromisso* era composto por 19 capítulos e definia inicialmente 14 obras de misericórdia, sendo **sete espirituais** e **sete corporais** (SÁ, 1998)

As **obras espirituais** da Misericórdia eram as seguintes: ensinar os ignorantes, dar bom conselho, punir os transgressores com compreensão, consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, suportar as deficiências do próximo, orar a Deus pelos vivos e pelos mortos. As **obras corporais** eram: resgatar cativos e visitar prisioneiros, tratar os doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres e sepultar os mortos. As obras e os outros elementos que organizavam o funcionamento da Misericórdia, como as regras de conduta dos irmãos, por exemplo, deveriam ser integralmente observadas e cumpridas por todos os membros.

Em 1618 o *compromisso* original da Misericórdia de Lisboa passou por sua primeira reforma mais profunda, assumindo um formato que manteve-se

---

<sup>34</sup> O *compromisso* era o estatuto, o regimento geral da irmandade que regulava suas ações, determinando seus deveres e privilégios diante da Coroa e os poderes locais, religiosos ou seculares. O *compromisso* era uma cópia, com poucas adaptações às condições locais, do *compromisso* original da Misericórdia mestra de Lisboa.

praticamente inalterado até o século XIX. O interessante é que a Santa Casa de Campos fazia constante referência à esse compromisso, e isso provavelmente, por ter sido fundada no final do século XVIII e não ter tido, portanto, contato com o compromisso de 1498. O novo compromisso ganhou mais 22 capítulos, trazendo uma descrição detalhada de como deveriam ser as eleições, as funções e habilidades específicas exigidas a cada um dos integrantes da mesa, além de aumentar a quantidade de irmãos da confraria. As rígidas exigências para a admissão na instituição, no entanto, foram mantidas.

*“1- ser puro de sangue a pelo menos duas gerações, o que equivale dizer: não ter sangue de negro, mouro ou judeu. Tal exigência também recaía sobre a mulher do candidato [esta regra foi abolida no século XIX]; 2 - ser livre de toda infâmia de fato e de direito; 3 - ter idade conveniente: pelo menos 25 anos no caso de ser solteiro; 4 - não servir a casa por salário; 5 - ser isento de trabalhar com suas próprias mãos: em caso de ser ‘oficial mecânico’ ser dono de sua tenda; 6 - ser de bom entendimento e saber: que saiba ler e escrever; 7 - ter tenda suficiente para acudir ao serviço da irmandade quando necessário e para não ser suspeito de aproveitar do dinheiro da instituição em benefício próprio.” (Apud. RUSSELL-WOOD, 1981)*

#### 2.1.1- Provedores, irmãos e benfeitores;

O *compromisso* da Misericórdia seguia um padrão único em relação aos provedores e aos irmãos. Ele estabelecia que os provedores deveriam ser homens de *autoridade, prudência, virtude, reputação e idade*, não podendo ter menos de quarenta anos<sup>35</sup> (Apud. ZARUR, 1979). Determinava também, que o provedor deveria ser homem suficientemente dotado de recursos para poder contribuir com a obra da Misericórdia e não avançar sobre o patrimônio da irmandade, tendo ainda, tempo livre para dedicar-se integralmente as obrigações do cargo. Este último aspecto em particular não era rigorosamente cumprido, já que a história das Misericórdias mostra que muitos provedores eram homens que ocupavam outros espaços importantes na sociedade e na administração colonial.

---

<sup>35</sup> Essas recomendações sobre o perfil adequado para os provedores refletem os valores de uma sociedade tradicional como era a sociedade portuguesa do Antigo Regime (séculos XVI-XVIII). Nota-se que esses valores também eram levados em conta na sociedade colonial brasileira na hora de se escolher um provedor.

O cargo de provedor era, em geral, ocupado por políticos influentes, nobres e ricos comerciantes, uma tradição que se manteve ao longo dos séculos. Em Campos dos Goytacazes, por exemplo, foi marcante a presença de barões, militares de alta patente e grandes proprietários rurais<sup>36</sup> como ocupantes do posto ou integrando o quadro dos irmãos da Misericórdia. Se essa tendência trazia prestígio e recursos para a Santa Casa, por outro lado prejudicava o desempenho das funções do provedor, que nem sempre conseguia dedicar-se totalmente às atividades exigidas.

*“Integrar os quadros das misericórdias, principalmente o cargo de provedor, possibilitava às camadas privilegiadas da sociedade colonial não só o aumento do prestígio social, mas também o acesso aos negócios lucrativos e outros benefícios em proveito próprio e de seus familiares. (...)”* (MIRANDA, 2004)

Na Santa Casa da Bahia, por exemplo, era comum no início de seu funcionamento que os *governadores-gerais* assumissem o cargo de provedor, acumulando assim as duas funções. Exemplos dessa junção podem ser vistos nas gestões de Mem de Sá (1558-1572), Luís de Sousa (1617-1621), Diogo Luís de Oliveira (1632-1635), e João Rodrigues de Vasconcellos e Sousa, todos governadores-gerais e provedores da Misericórdia. O interessante é que os médicos só assumiam o posto de provedor e mordomo em situações excepcionais, e isso a partir do século XIX, quando os hospitais já estavam sob os efeitos da medicalização<sup>37</sup> do espaço hospitalar promovida pela medicina social.

Quanto aos irmãos que seriam aceitos nos quadros da Santa Casa, o compromisso previa que deviam ser pessoas de classe social elevada<sup>38</sup> ou com

<sup>36</sup> Embora ainda seja pouco estudada a composição social da maior parte das mesas das Misericórdias ao longo da sua história, tudo leva a crer que essa estrutura fosse polarizada pela nobreza (fidalgos e *nobres da terra* no caso do Brasil), ricos proprietários e pessoas letradas (advogados, médicos e militares), de onde se recrutava preferencialmente o provedor. Aliás, é possível perceber na origem social dos escolhidos, uma clara elitização da confraria.

<sup>37</sup> Sobre os aspectos mais relevantes dessa medicalização, ver o capítulo I deste trabalho onde se encontra a discussão teórica sobre a questão.

<sup>38</sup> Os estudos sobre a Santa Casa em Portugal e no Brasil, costumam destacar o caráter *interclassista* da irmandade, o que a diferenciava de outras confrarias como a de *mestres de ofício*, por exemplo. No entanto, o pretense caráter *interclassista* das Misericórdias defendido pelos seus simpatizantes e por alguns historiadores, é hoje bastante questionado. As investigações historiográficas mais recentes (ALBUQUERQUE, 1996 e SÁ, 1998) apontam para a tese *oligárquica e elitista*. De fato, além de não admitirem *mulheres* entre os irmãos, as Misericórdias agregavam apenas *membros das elites locais*, ou seja, *"nobreza, clero (somente como irmãos e apenas os membros do alto clero regular), profissões liberais, negociantes de alto capital, mestres de oficina ou do mar e lavradores proprietários"*, contrariamente ao que se passava nas confrarias eclesiásticas (que também admitiam mulheres e tinham uma base associativa vertical). A favor da tese elitista, pesa ainda o fato de haver uma clara distinção entre *irmãos nobres ou enobrecidos* (nobreza, alto

recursos pessoais suficientes para não desviarem bens da irmandade. No período colonial geralmente eram escolhidos ou convidados para pertencer a Misericórdia, os representantes da aristocracia rural com muita influência política e econômica nas comunidades e mesmo em nível nacional. Porém, com o desenvolvimento da sociedade brasileira, outros grupos sociais como, por exemplo, os de origem burguesa ou comercial, profissionais liberais, funcionários públicos, militares e bacharéis, começaram a entrar com frequência para a Santa Casa. Havia também uma outra categoria de irmãos que era conhecida como a dos *irmãos menores*<sup>39</sup>, que admitia seguimentos sociais mais baixos como as chamadas profissões mecânicas como ourives, alfaiates, sapateiros e outros artesãos.

A fonte principal de renda de todas as Misericórdias era a arrecadação de esmolas e doações, que existiam na forma de dinheiro ou em propriedades. Os doadores podiam também tornar a Irmandade sua testamenteira ou administradora de seus bens, sobre os quais ela podia retirar uma porcentagem. As doações tinham como destino o hospital, os órfãos, os presos e os dotes para o casamento das moças que estivessem sobre a proteção da irmandade. No entanto, os problemas financeiros das Misericórdias do Brasil eram constantes, sendo comum a todas elas um quadro precário, que muitas vezes, era provocado ou piorado pelas más administrações de provedores e tesoureiros<sup>40</sup>. Segundo RUSSEL-WOOD (1981) as enormes dívidas feitas pelos irmãos da Santa Casa da Bahia na primeira metade do século XVIII, por exemplo, quase levou a instituição à falência naquela época. A esse respeito e de acordo com o mesmo autor, ocorreu um fato curioso com a instituição baiana; como não era permitido aos candidatos a provedor da instituição ficarem endividados, muitos irmãos chegaram até mesmo a contrair pequenas

---

clero e letrados pertencentes aos quadros da administração régia) e *irmãos mecânicos* (profissionais ligados aos *ofícios* ou *artes* aprovadas pela confraria, mas consideradas inferiores) como era o caso dos físicos, dos cirurgiões e dos boticários.

<sup>39</sup> A inclusão dos irmãos de *menor condição* ou *de estratos sociais mais baixos* justificava-se por duas razões: primeiro, com o desenvolvimento das cidades e das atividades comerciais eles passaram a representar um grupo numericamente importante e próximo do poder local (*Câmaras Municipais*); em segundo lugar, eles tinham sobretudo como função *a execução das tarefas menos nobres* ou mais penosas *do "ato misericordioso"*. Na realidade, para um *governador* ou *alcaide-mor*, limpar cadeias, visitar os presos, visitar os doentes miseráveis, enterrar os pestilentos, amortilhar os enforcados pela justiça (pena de morte) e pedir esmolas, era uma tarefa pouco conveniente do ponto de vista do prestígio social, enquanto que para um *alfaiate* ou *comerciante* executar tais tarefas era perfeitamente aceitável.

<sup>40</sup> Isso demonstra que a recomendação sobre os cuidados na escolha dos provedores e irmãos, presente no *compromisso*, na pressuposição de que os ricos não roubariam a Misericórdia ou estariam melhor preparados para dirigi-la, não era garantia "sucesso", além de revelar uma vez mais o caráter elitista da Misericórdia.

dívidas para que não fossem eleitos para o cargo, isentando-se da responsabilidade de ter de reerguer a Irmandade que estava em sérias dificuldades.

*“As doações públicas e os legados sujeitos à mão-morta constituíam o patrimônio e os fundos financiadores para os trabalhos filantrópicos e para que a assistência hospitalar aos pobres fosse realizada. O cidadão que quisesse fazer uma doação às misericórdias poderia realizá-la de três formas: primeiro, poderia fazer da irmandade sua herdeira; segundo, nomeá-la sua testamenteira, garantindo uma soma às misericórdias para cobrir as custas da administração do seu patrimônio e, por último, poderia nomear um parente ou outra irmandade para ser seu legítimo representante, ordenando que uma quantia lhe fosse paga. (...)”* (MIRANDA, 2004)

### 2.1.2 – Organização e funcionamento geral da Misericórdia;

A estrutura básica da Misericórdia organizava-se a partir da *mesa* que funcionava como um órgão executivo, onde as decisões eram tomadas a partir de uma votação entre os irmãos. A *mesa* era formada pelo provedor que a presidia em todas as reuniões, o tesoureiro da irmandade, o *mordomo* do hospital, o primeiro secretário e outros irmãos que ocupavam funções pré-determinadas, variando de uma Misericórdia para a outra. A *mesa* era eleita juntamente com o provedor para a gestão de um ano, chamado geralmente de *ano compromissal* numa referência ao estatuto da irmandade que dava as diretrizes de ação. Algumas administrações podiam ser reeleitas sucessivamente dependendo da época e do contexto. Em Campos, por exemplo, a Misericórdia teve administrações que duraram vários anos tendo a frente o mesmo provedor. Todas as questões relevantes, relativas à administração e ao funcionamento da irmandade, das propostas dos irmãos, aos problemas financeiros e cotidianos, eram discutidos pela *mesa* que decidia em votação, sempre embasada no *compromisso*.

O integrante da irmandade que dirigia o hospital em sua rotina diária, assim como outras instalações, como casas de expostos e recolhimentos, era chamado de *mordomo* e era também escolhido entre os irmãos. Em algumas situações, a Misericórdia podia ter mais de um *mordomo*, dependendo do número de obrigações acumuladas pelo cargo. Dessa forma, a administração era de responsabilidade de leigos, dos diretores da Irmandade da Misericórdia, provedores e mordomos, enquanto o setor médico/hospitalar ficava sob responsabilidade dos médicos contratados ou voluntários.

Em algumas Misericórdias como a da Bahia e do Rio de Janeiro, eram admitidas ao serviço no hospital e em outras casas mantidas pela instituição, Irmãs de caridade especialmente das Ordens de São José e de São Vicente de Paula durante o século XIX (ZARUR, 1979). As irmãs eram responsáveis pela assistência imediata aos doentes e aos expostos, podendo também cuidar da administração diária dos estabelecimentos, só não desempenhavam as funções de quarteiras e serventes, entregues a escravos e mais tarde a funcionários assalariados.

A filantropia na Misericórdia era feita na forma de ação social imediata ou ajuda direta aos pobres. Além disso, os irmãos visitavam periodicamente as prisões fornecendo ajuda aos condenados, conforme as condições financeiras da confraria, distribuindo esmolas aos necessitados e dotes às moças para assegurar-lhes a honra e um casamento digno. Segundo ZARUR (1979) a Misericórdia no Brasil teria desempenhado importante papel na promoção da política colonial de casamentos através da concessão de dotes, prática comum ao longo dos primeiros anos da expansão ultramarina portuguesa. O incentivo à instituição do casamento justificava-se pelo fato da Metrópole não contar com população suficiente para manter o controle político-militar das regiões conquistadas, daí a necessidade de crescimento da população colonial.

A posição da Misericórdia era, sem dúvida, privilegiada em relação a outras irmandades no Império português, sendo a instituição que mais tomou para si a responsabilidade dos serviços médicos e hospitalares, destacando-se na manutenção de hospitais públicos nas cidades e vilas do Brasil. Além de seus objetivos assistenciais, a Santa Casa firmou-se também, ao longo dos séculos, como espaço de exercício e ensino da medicina. Por ocasião da primeira reforma do ensino médico baiano, em 1816, a Santa Casa da Bahia passou a ceder parte de suas dependências para o funcionamento da então [Academia Médico-Cirúrgica da Bahia](#), posteriormente Faculdade de Medicina da Bahia. A partir de 1833, as enfermarias da Misericórdia baiana foram ocupadas para as lições de clínica da faculdade. Com a falta de hospitais próprios, a reforma de 1854, aprovada pelo decreto nº 1.387 de 28/04/1854 da Assembléia Geral do Império, estabelecia que as diretorias das instituições de ensino entrariam em contato com as Santas Casas para a utilização das enfermarias das mesmas e de outras dependências do hospital para a prática médica dos estudantes.

Nessa relação que se estabeleceu entre as Misericórdias e as escolas de medicina, percebe-se que o hospital, aos poucos, deixou de ser um abrigo para

doentes, tornando-se um espaço de cura e conhecimento. Essa nova dimensão foi acompanhada de uma crescente medicalização do espaço hospitalar, de suas rotinas e de sua direção. Embora o controle administrativo dos hospitais da Santa Casa continuassem nas mãos dos leigos, os médicos tornaram-se cada vez mais decisivos na formulação da diretriz clínico/terapêutico ao longo do século XIX.

O pessoal médico que trabalhava nos hospitais da Misericórdia, quanto à quantidade e formação, variou muito ao longo do tempo e de acordo com contextos sócio-espaciais específicos. Podemos fazer algumas generalizações a partir dos dados que temos sobre a Santa Casa da Bahia, do Rio de Janeiro e de Campos dos Goytacazes, colhidos na bibliografia a respeito e nas fontes. Desse modo é possível perceber que até o final do século XVIII, de modo geral, um médico (*físico*) e um cirurgião foram suficientes para o atendimento aos doentes. A partir do século seguinte (séc. XIX) a equipe foi ampliada com mais um médico e um cirurgião que passaram a ficar à disposição do hospital. Quanto à formação e experiência desses médicos, geralmente os que tivessem estudado em universidades européias, tinham a preferência da Irmandade na disputa para o cargo. Os médicos podiam ser voluntários ou contratados.

O restante da equipe de funcionários era formada basicamente por barbeiros e parteiras, normalmente contratados com baixa remuneração. No caso da enfermagem, geralmente havia um enfermeiro-mor, dois enfermeiros e uma enfermeira, mas evidentemente que essa quantidade podia variar dependendo da época e do local. O hospital ainda mantinha um padre a serviço dos enfermos, que, às vezes, podia ser o próprio capelão da Misericórdia. Na Santa Casa baiana esse padre era chamado de o *padre da agonia*, porque rezava missas nas enfermarias, ouvia confissões e ministrava os sacramentos aos doentes terminais

A assistência médico/hospitalar no Brasil, durante o século XIX e nas primeiras décadas do século XX, era realizada em grande parte pelas Santas Casas, fundadas e mantidas pelas Irmandades da Misericórdia. Apesar das mudanças na estrutura política do país (Colônia/Império/República) as Santas Casas continuaram sem o auxílio governamental e vivendo fundamentalmente da caridade pública. Durante o Império, especialmente no reinado de Dom Pedro II (1840-1889), a caridade foi muito incentivada pelos títulos nobiliárquicos e as comendas que o Imperador concedia aos homens e mulheres que fizessem generosos donativos às Irmandades da Misericórdia ou fundassem hospitais por conta própria. Muitos foram

os senhores de terras e escravos que ganharam títulos de nobreza por seus atos de filantropia.

Não era fácil para a Irmandade manter funcionando o hospital. Mesmo com as taxas cobradas dos pacientes, que podiam contribuir com seu próprio tratamento, a maioria dos doentes atendidos eram provenientes dos setores mais pobres da sociedade, divididos em quatro grupos: **1 - negros, mestiços e brancos pobres; 2 - estrangeiros; 3 - soldados e marinheiros; 4 – escravos.** A Misericórdia cobrava as mesmas taxas dos senhores pelo atendimento de seus escravos, porém a dívida muitas vezes não era quitada pelos poderosos, principalmente se os escravos morressem (ZARUR, 1979). Os demais doentes que pudessem pagar um médico particular, recebiam os cuidados em sua própria casa.

Com toda essa abrangência a Misericórdia desempenhou um papel semi-oficial na vida pública, ao ser a mantenedora dos únicos hospitais da colônia e em grande parte do Império e da República (ZARUR, 1979). Como os serviços hospitalares não eram assumidos pelo poder central ou pela municipalidade, a Santa Casa ocupava um espaço significativo na vida social do país. Embora não houvessem verbas oficiais e subvenções para as Misericórdias, os governos Imperial e Provincial, concediam vantagens e benefícios como a isenção de impostos, privilégio sobre os enterros e permissão para a organização de loterias em favor da irmandade.

*“Apesar das misericórdias realizarem um programa assistencial, praticamente não contavam com nenhum suporte financeiro, tanto por parte do poder real como das câmaras municipais. (...) No Brasil Colonial, as casas de misericórdia gozavam de prestígio, não só ante a hierarquia da Igreja como também junto às autoridades portuguesas. (...)” (MIRANDA, 2004)*

### **2.1.3 – Auxílio aos presos;**

A Misericórdia no Brasil recebeu privilégios<sup>41</sup> para a assistência social aos presos por decreto real em 1622 (OTT, 1960). Na colônia e durante boa parte do século XIX, depois de detido, pelas autoridades policiais/judiciárias, o suspeito ou criminoso só podia contar com ajuda da família e da caridade pública, porque o

---

<sup>41</sup> Na verdade tratava-se muito mais de uma obrigação cristã prevista na *obra corporal* da irmandade, do que um privilégio. No entanto, ao desempenhar tal função, os irmãos da Misericórdia garantiam um certo retorno em forma de prestígio social ao praticarem um ato de caridade valorizado pela cultura da época, além dos possíveis benefícios espirituais (salvação da alma) que se esperava obter com o cumprimento de um dever cristão.

Estado não se responsabilizava por seu sustento. A assistência material aos prisioneiros chegava por meio da caridade dos cidadãos mais ricos, que ofereciam refeições em determinados dias santos ou através da ajuda da Misericórdia. É difícil imaginar tal situação, em que o poder público aprisionava para punir os crimes, mas não garantia ao indivíduo o direito de defesa e da própria manutenção de sua vida. Evidentemente tratava-se de uma sociedade onde as noções de direitos individuais inalienáveis não existiam.

Assumindo a incumbência com os presos, a Santa Casa ficava responsável pela alimentação, proporcionando ainda assistência médica e jurídica, além do auxílio espiritual aos condenados à morte, enviando um padre para que o preso confessasse seus pecados (ZARUR, 1979). Em muitos casos o padre realizava uma missa na própria prisão em favor da alma do condenado, cumprindo assim os votos presentes na obra *corporal e espiritual* da irmandade. No dia da execução, a Misericórdia geralmente fornecia um manto branco ao prisioneiro e anunciava o enforcamento para toda a cidade, acompanhando os últimos passos do condenado até o cadafalso, ao mesmo tempo em que entoava preces e rezas por sua alma. No caso da Santa Casa de Campos dos Goytacazes não encontramos dados ou referências sobre o ritual de acompanhamento dos condenados até a execução. Como a Misericórdia campista atuou principalmente a partir do século XIX, quando as leis penais já não eram as mesmas do período colonial, é possível que essa ritualística fosse menos freqüente, não exigindo da irmandade participação ativa nesse particular. Mas, por outro lado, encontramos informações seguras de que a Santa Casa em Campos prestava assistência jurídica e alimentar aos condenados.

De acordo com RUSSEL-WOOD (1981) havia uma tradição da irmandade portuguesa que também se repetiu algumas vezes na Bahia. Se, no momento das execuções, a corda utilizada para o enforcamento arrebatasse, a Misericórdia cobria o condenado com sua bandeira e suplicava às autoridades coloniais que a pena fosse retirada. No entanto, o mesmo autor afirma que nem sempre o ritual era cumprido, tanto pela Misericórdia que não socorria o condenado “sortudo”, quanto pelo poder colonial que não o perdoava. Vê-se nesse detalhe de amparar os condenados a mistura de ação social e piedade religiosa que tanto caracterizava a Misericórdia.

#### 2.1.4 – Serviços funerários;

Uma das funções mais importantes desempenhada pelas Santas Casas no Brasil e em Portugal, foi a dos sepultamentos de seus membros e das pessoas nas cidades onde estavam instaladas. Em 1790 a Santa Casa da Bahia, por exemplo, recebeu 800\$000 réis anuais pelo enterramento dos pobres e o mesmo valor pelos escravos, o que tornava o serviço uma importante fonte de renda para a irmandade. Os brancos de melhor condição, assistidos pela Santa Casa, podiam ser enterrados nas igrejas da Misericórdia, que também mantinha um cemitério próprio (OTT, 1960). O estatuto também definia com relação aos rituais fúnebres, o número de missas a serem celebradas pela alma dos falecidos. Quando algum membro da Irmandade morria, todos os irmãos eram convocados a comparecer à Igreja da Misericórdia e obrigados a rezar por sua alma. Na Misericórdia baiana consta no compromisso a obrigação de rezarem *14 Padre-Nossos e 14 Ave-Marias* pela alma do falecido irmão (RUSSEL-WOOD, 1981).

Conforme a lei, quem desobedecesse ao privilégio da Misericórdia com relação aos enterros, deveria ser excomungado e ainda pagaria uma multa pelo descumprimento. Isso não evitou, porém, que houvessem acirrados conflitos entre a Misericórdia e outras irmandades na disputa do *monopólio da morte*. Em algumas situações, a Misericórdia liberava o direito para outras instituições ou subcontratava o serviço com particulares. Com isso, outros agentes recebiam a autorização para realizar rituais fúnebres por preços mais baixos.

O monopólio dos enterros foi adotado pela Santa Casa da Misericórdia da Bahia e do Rio de Janeiro, e o máximo que as outras irmandades no Brasil poderiam esperar de suas respectivas *mesas*, era receber também uma autorização para que pudessem utilizar suas *essas*<sup>42</sup>. A Misericórdia era a única instituição que oferecia serviços fúnebres às pessoas que não pertenciam a nenhuma irmandade e cumpria esta função da maneira rigorosa. Tanto um rico proprietário rural quanto um escravo, poderia ser sepultado pela irmandade, havendo determinações especiais e caixões diferenciados conforme a posição social de cada um, mas todos recebiam um enterro cristão.

---

<sup>42</sup> RUSSEL-WOOD (1981) nos informa que “ESSA” era a palavra usada para nomear o *estrado* onde se colocava o defunto enquanto ocorriam as cerimônias fúnebres. Ao que parece, no período colonial os corpos eram transportados nesse estrado da Santa Casa para a Igreja ou capela e depois para o sepultamento.

## 2.2 – A Misericórdia em Campos dos Goytacazes;

A trajetória da Misericórdia em Campos está estreitamente ligada à história de uma irmandade chamada *Mãe dos Homens*. Embora essa irmandade fosse leiga, expressava o sentido de religiosidade católica e assim como sua inspiradora em Portugal, seu nome era também uma homenagem a *Nossa Senhora*. De acordo com LAMEGO (1951) a irmandade funcionou até 1786 na igreja matriz de *São Salvador* na praça central da vila, hoje catedral do *Santíssimo Salvador* no centro da cidade de Campos dos Goytacazes. É possível que a fundação da irmandade seja anterior a 1786, embora não consigamos confirmar essa informação. Desconhecemos também as ações dela, antes da fundação da Santa Casa e do hospital, mas tudo leva a crer que fora criada para promover a ajuda e a assistência aos necessitados, visto que era composta por figuras de destaque da sociedade da época, além de ressaltar em seus discursos os elevados valores da caridade cristã.

FEYDIT (1900) relacionou como fundadores do *compromisso* da Santa Casa em 1790, as seguintes pessoas: *Joaquim Gomes Moreira* (juiz), *Manoel da Fonseca Azevedo Castelão* (escrivão), *Manoel Pereira Cardoso* (tesoureiro), *Gonçalo de Souza Hering*, *Joaquim de Santana Mondim*, *Bento José de Almeida*, *José Pereira dos Santos*, *Ignácio Pereira de Andrade*, *Custodio João da Costa*, *Antônio José de Castro*, *Francisco Barbosa Roiz*, *Manoel Alves de Jezus*, *Jerônimo Leite Braga*, *Roberto Cai Ribeiro*, *José Pereira Campello*, *Manoel Nunes de Aguiar*, *Antônio José da Silva Pessanha*, *Amaro Pereira da Silva*, *Thimotheo de Almeida* e *Custódio José Nunes*.

Separando-se da igreja matriz o que, aliás, confirma a tendência geral da Misericórdia de independência frente às instituições eclesiásticas, a irmandade começou a construir uma Igreja própria, consagrada à *Nossa Senhora Mãe dos Homens* e fundou o hospital da Santa Casa, que começou a ser construído em 1790<sup>43</sup> num terreno cedido pela Câmara Municipal, por iniciativa do Capitão Manuel Francisco de Azevedo Castelão (LAMEGO, 1951). É interessante observar a relação que já se estabelece nesses primeiros momentos entre a Câmara e a Santa Casa,

---

<sup>43</sup> No final da dissertação, reproduzimos algumas fotografias do prédio original da Misericórdia, com a Igreja Mãe dos Homens e o hospital. É possível ver pelas imagens que a Santa Casa estava localizada na praça principal da vila, no centro da cidade de Campos, juntamente com a igreja matriz de São Salvador e a Câmara Municipal, formando o conjunto dos prédios importantes para a vida urbana. As fotos mostram, ainda, o terreno em que se localizava a Misericórdia, ocupado hoje por um estacionamento, depois que o hospital e a igreja foram demolidos em 1966.

entre poder público e sociedade, com a concessão de uma área pública para fins caritativos, numa relação que será cada vez mais estreita daí em diante.

Entre 1790 e 1791 o *compromisso* da Santa Casa foi aprovado por D. Maria I, rainha de Portugal, tendo sua provisão de confirmação expedida pelo *Conselho Ultramarino* ainda em 1791. No ano seguinte, 1792, a Misericórdia campista recebeu as mesmas regalias e privilégios<sup>44</sup> da Santa Casa do Rio de Janeiro, o que para nós demonstra a sua importância enquanto entidade social num espaço carente de hospitais e de instituições voltadas para os problemas sociais. É significativo também, tratando-se da burocracia portuguesa e colonial, a rapidez com que os estatutos e concessões da Misericórdia foram aprovados. O Estado tinha pressa em favorecer a filantropia para que esta pudesse cuidar das carências e do abandono, já que ele, o Estado, não possuía mecanismos e nem fundamentos ideológicos para esse fim.

A fundação da Santa Casa em Campos foi um ato de necessidade diante das condições médicas precárias da população, cada vez mais numerosa na área urbana e rural, a partir da segunda metade do século XVIII. LAMEGO (1951) afirma que antes de 1781 não havia nenhuma *casa de caridade* ou instituição de amparo aos doentes na cidade. Foi neste ano que o *alferes* Joaquim Vicente dos Reis, importante proprietário rural da região e mais tarde provedor da Santa Casa, instalou na sua fazenda do *Solar do Colégio*<sup>45</sup> um hospital de caridade, com médico contratado por ele próprio para atender a seus escravos e a população necessitada em geral. Esse foi um dos primeiros sinais que encontramos da importância da filantropia para a saúde em Campos. Para que existisse um hospital foi preciso a iniciativa particular de um poderoso senhor de terras e escravos, operando em nome da caridade, mas obedecendo aos imperativos práticos da necessidade de serviços médicos.

Entre a criação da irmandade *Mãe dos Homens* e a construção de um hospital da Misericórdia, em 1791, LAMEGO (1951) relata vários conflitos entre o

---

<sup>44</sup> Os privilégios eram as concessões da Coroa à irmandade que deveriam ser observadas e respeitadas pelas autoridades da colônia. Como o poder público não cuidava da saúde ou da assistência social, não destinando verbas para o atendimento da população, ele agia dando a Misericórdia algumas garantias para que funcionasse e desempenhasse o papel que ele, poder público, em seu descaso e omissão, não cumpria. Dessa forma, garantia o monopólio no recebimento de donativos e esmolas, proibindo que outras instituições de caridade atuassem na mesma área coberta pela Misericórdia, concedia exclusividade sobre os enterros e administração dos cemitérios, atividade que rendia algum dinheiro para a irmandade, com os sepultamentos dos mais ricos ou dos que podiam pagar por serviços funerários mais elaborados.

<sup>45</sup> Antiga propriedade da Ordem Jesuíta, que com sua expulsão do Brasil em 1754 pelo Marquês de Pombal, foi confiscada pelas autoridades coloniais, sendo posteriormente posta a venda em leilão.

pároco local e a irmandade, que era freqüentemente acusada de não cumprir as suas funções caritativas. Para nós, pelo menos duas coisas podem ser percebidas nesses episódios: primeiro a disputa entre a *Igreja secular* e uma *irmandade leiga* pelo monopólio da caridade, com o padre se ressentindo da presença cada vez maior da Misericórdia; em segundo, a clara presença de uma instituição que não era braço da Igreja e que estava, portanto, fora do controle dela, agindo com grande desembaraço no espaço da sociedade colonial. O curioso, na situação do conflito citado, é que a solução das divergências foi dada pela própria Coroa Portuguesa, favorável à Misericórdia e contra à Igreja. Como desdobramento, a Santa Casa foi posta sobre a imediata proteção Real, ficando desde então livre da interferência do poder eclesiástico. Essa proteção para nós confirma a hipótese já manifestada acima de que havia uma preocupação, do Estado português e das autoridades coloniais, em favorecer a filantropia para que esta pudesse desempenhar suas funções sem embaraços de qualquer espécie.

Assim como outras Misericórdias no Brasil, a de Campos dos Goytacazes atuou nas várias frentes da assistência e da caridade que por sua natureza lhe cabiam. Desde o início de sua fundação ele encarregou-se de cuidar dos órfãos e expostos, especialmente das meninas, criando para isso um recolhimento e a famosa *roda dos expostos*<sup>46</sup>. A princípio, os órfãos e expostos<sup>47</sup> eram recolhidos pela Misericórdia e enviados para famílias ou amas de leite que recebiam um salário da irmandade para cuidar deles. O dinheiro deveria cobrir as despesas do sustento da criança até certa idade, mas eram muito comuns os casos de conflito entre a Santa Casa e as pessoas responsáveis por essas crianças. Os atrasos no pagamento do salário combinado e os baixos valores oferecidos, que não cobriam convenientemente as despesas com a criação dos abandonados, eram os motivos principais da discórdia.

---

<sup>46</sup> LAMEGO aponta a existência de uma *roda dos expostos*, mas não fornece informações mais precisas sobre ela. Na documentação consultada, encontramos referências muito vagas sobre a existência de uma *roda*, de modo que não sabemos se ela funcionou no próprio hospital ou no Asilo de Nossa Senhora da Lapa. É provável que o Asilo das Expostas tenham posteriormente possuído uma roda, já que este era um recurso muito utilizado em vários lugares do Brasil para socorrer os abandonados. Não acreditamos que Campos dos Goytacazes fosse uma exceção.

<sup>47</sup> É importante que se faça uma distinção entre órfãos e expostos. Pelo que podemos observar na documentação da época e em outras leituras sobre o tema específico da infância no Brasil, os órfãos eram as crianças ou jovens que tinham família conhecida, mas que perderam prematuramente pai e mãe, não tendo mais ninguém que pudesse se responsabilizar por eles. Os expostos, por outro lado, eram aquelas crianças abandonadas pela família ou pela mãe, em situações as mais variadas, que iam desde a pobreza extrema até os casos de filhos indesejados fora do casamento ou considerados ilegítimos pelos padrões sócio-cultural da época.

Eram freqüentes as denúncias de maus tratos às crianças, exploração do trabalho delas e até mesmo a constatação de que algumas dessas mães de criação abandonavam as crianças a própria sorte para livrar-se da responsabilidade. Essa situação fez com que a Santa Casa passasse a abrigar as meninas nas dependências do próprio hospital, construindo uma ala para essa finalidade. Encontramos em FEYDIT (1900) uma descrição do trabalho do enfermeiro da Santa Casa, com referência ao cuidado com os expostos e a existência de uma *roda*:

*“(...) Ficava também a seu cargo, lavar a enfermaria todos os sábados à tarde. Além de todo esse trabalho, tinha ainda a obrigação de **recolher com todo o zelo e amor os expostos que se lançavam então na porta, e depois na roda da Santa Casa e entregar ao mordomo, declarando o dia, a hora e os sinais do exposto***<sup>48</sup>. (...)” (FEYDIT, 1900)

O sistema de entregar a terceiros o cuidado com os abandonados mudou a partir de 1864, quando a Santa Casa recebeu do Bispo do Rio de Janeiro, D. Manoel, o prédio onde funcionava o antigo Seminário da Lapa. Ali foi instalado um asilo para órfãs e expostas, sendo a instituição uma casa destinada a receber e educar, sob a supervisão da irmandade, as meninas desvalidas. No asilo as meninas recebiam educação (escrita e leitura), aprendiam *prendas domésticas* e trabalhos manuais (corte e costura), saindo de lá adultas para o casamento que só acontecia com a autorização da Santa Casa. Encontramos na documentação, as deliberações da mesa da Misericórdia concedendo autorização formal para o casamento de suas expostas, além de várias instruções de provisão de dotes para que se cumprissem convenientemente os ritos sociais.

Com a criação do abrigo para as meninas, a Misericórdia amplia suas funções, passando a ser responsável por duas instituições de caridade na cidade, o hospital e o Asilo de Nossa Senhora da Lapa<sup>49</sup>. No ANEXO I (itens 1.8 e 1.9) encontram-se uma lista nominal das recolhidas e a tabela do movimento de entrada e saída das expostas do Asilo, referente ao período de 1882/1883, onde é possível observar o número de meninas assistidas (36), com uma média de 7 crianças recebidas naquele ano. É importante destacar que não encontramos referência direta ao caso dos meninos abandonados, enquanto que a preocupação com

<sup>48</sup> O destaque em negrito é nosso.

<sup>49</sup> No conjunto de fotografias reproduzidas no final da dissertação, é possível ver o prédio original do Asilo Nossa Senhora da Lapa, que ainda hoje se encontra de pé e abrigando uma instituição de caridade pertencente a Santa Casa de Campos. O edifício centenário do Asilo teve mais sorte do que o da Misericórdia, sobrevivendo praticamente inalterado até os dias atuais.

destino das meninas era uma questão explícita em todos os documentos. Ao que parece, os meninos continuaram a ser enviados as famílias que cuidariam deles em troca dos rendimentos já mencionados, e isso muito possivelmente, porque para eles seria mais fácil conseguir se integrar depois na sociedade da época.

Apesar da abrangência do auxílio prestado aos doentes e órfãos, a falta de recursos para o desempenho das atividades tornava a situação da Misericórdia cada vez mais difícil à medida que aumentava sua atuação social. A impressão que temos é que a Santa Casa campista já nasce deficitária. A documentação analisada traz uma farta quantidade de queixas dos provedores e tesoureiros sobre a situação financeira que a cada ano piorava, com o crescente aumento dos gastos que não eram cobertos pelas receitas. No relatório de prestação de contas do ano *compromissal* de 1882/1883 que se encontra reproduzido no ANEXO I desta dissertação (item 1.10), encontramos a relação entre receitas (44:323\$450) e despesas (88:129\$190) com um déficit de 43:805\$740. Sobre esse assunto, aliás, é bastante significativa a declaração do provedor da Misericórdia, Barão do Itabapoana, que encontramos na abertura de outro relatório:

*“É forçoso desde já assinalar, que de anos a essa parte vai se tornando mais difícil, numa escala sempre ascendente, o desempenho da sublime missão deste grande centro da mais elevada e nobre virtude cristão: a caridade. Por que observa-se, que as despesas crescem e multiplicam-se os embaraços pela diminuição das receitas (...) em relação aos recursos da Santa Casa o que me faz lobrigar um futuro decadente e desconsolador (...)”.* (Relatório da Santa Casa - 1873/1874, pág. 3)

As fontes de renda da Misericórdia em Campos eram basicamente as esmolas para as obras e para o funcionamento do hospital, doações variadas em gêneros e as heranças em dinheiro ou imóveis. Era insignificante a participação do poder público nesse financiamento, não havendo verbas ou ajudas permanentes para as ações de saúde que o hospital desempenhava. A exceção a essa situação foi a provisão de uma verba anual de 200\$000 RS para os expostos que passou a ser concedida pela Câmara municipal à Santa Casa, em 1813.

O que chama a atenção na concessão da verba anual aos expostos da Misericórdia, é que em quase todos os lugares do Brasil colonial, a Câmara, enquanto poder municipal, era responsável pelo cuidado dos órfãos através da figura do juiz de órfãos, funcionário constituído pela própria Câmara ou pelo poder provincial para cuidar da infância abandonada. Portanto, o poder público estava

transferindo para a Misericórdia uma de suas atribuições sociais e repassando recursos que já eram destinados para esse fim, não sendo essa provisão um sinal de mudança de postura. A medida não significou, por outro lado, um compromisso efetivo do Estado com os cuidados da população, já que a quantia era direcionada especificamente aos abandonados, ficando as outras necessidades, como as da saúde, por exemplo, entregues à iniciativa particular.

A quantia recebida da Câmara, segundo a documentação, era insuficiente para as despesas que cresciam ano a ano e não eram acompanhadas de respectivos aumentos dos repasses. A Misericórdia tinha que cobrir por conta própria a diferença, buscando ajuda nas doações e esmolas recebidas. O surpreendente é que mesmo assim, em 1834, a Câmara municipal comunicou à Misericórdia campista que não podia mais continuar mandando a quantia de sustento aos expostos. A alegação da Câmara era que suas despesas tinham aumentado muito com a enchente do rio Paraíba do Sul no ano anterior. Atitudes como essa da Câmara confirmadas na longa duração, motivaram o provedor da Misericórdia a dirigir-se à *Assembléia Legislativa Provincial* em 1873 pedindo providências, no que, segundo LAMEGO (1951) ficou sem resposta imediata.

*“Nos confrange a alma quando vemos a escassez de recursos, e sem o auxílio dos cofres públicos o termos de desempenhar essa augusta missão de caridade (...)”.*  
(Relatório da Santa Casa 1873/1874, pág. 4)

Os discursos dos provedores presentes nos relatórios publicados anualmente, não deixam dúvidas sobre a ausência de verbas oficiais destinadas à saúde ou aos cuidados sociais. Esses discursos somados a alguns dos exemplos já citados, são para nós bastante sintomáticos. A dominância da filantropia contribuía para que o Estado, em suas várias instâncias, não visse como sua obrigação cuidar dos pobres, dos doentes e dos órfãos. Essa visão por sua vez, fazia com que ele atuasse como um mediador entre a sociedade carente de assistência e a filantropia organizada pelos ricos e abastados cidadãos de Campos dos Goytacazes e de outras tantas vilas e cidades do Brasil. A caridade secularmente organizada, ocupava espaços privilegiados numa sociedade senhorial e religiosa, cuidando da indigência e garantindo retorno simbólico aos que a praticavam .

Em 1834 foram criados o *Município Neutro da Corte* e a província do Rio de Janeiro, que passaram a ter governos próprios. O novo governo provincial elevou Campos da categoria de vila para a de cidade em 1835, ao mesmo tempo em que foi

votada na Assembléia Provincial uma ajuda anual à Misericórdia. No entanto, esses recursos para nós não representaram o início de uma política oficial de amparo, devendo ser vistos dentro do quadro da filantropia institucionalizada como mais uma ajuda para uma entidade que tão bem praticava a caridade. De certa forma, essa ajuda não deixava de ser também, a prática de distribuição de esmola para os necessitados. Mesmo quando a Misericórdia pedia auxílio ao poder, como no discurso que reproduzimos abaixo, não o fazia na perspectiva de exigir o cumprimento de deveres<sup>50</sup> por parte do governo, mas ainda dentro da cultura da caridade que ela tão bem professava.

*“Era tempo de, por intermédio dos dignos Deputados Campistas, a Assembléia Provincial auxiliar o Asilo com uma cota anual pecuniária (...) Talvez então se pudesse alargar a esfera desse recolhimento para receber um maior número de órfãs, que por sua pobreza e desamparo ficam sem educação, sem instrução e sem futuro.” (Relatório da Santa Casa 1873/1874, pág. 11)*

Uma forma comum usada pelo poder público para favorecer o funcionamento da filantropia em Campos, foi a criação de loterias ou a permissão para que estas funcionassem em favor da Misericórdia. O dinheiro arrecadado com as apostas seria revertido em favor das obras sociais. Dessa forma, foi criada em Campos com a autorização da Câmara municipal, uma loteria em 1840, tendo a Santa Casa recebido os primeiros recursos desse mecanismo em 1841 (LAMEGO, 1951). A Assembléia Legislativa Provincial também autorizou a criação de mais duas loterias, uma em 1862, outra vez em favor da Santa Casa e outra em 1871, para o *Asilo Nossa Senhora da Lapa*. As cópias dos decretos provinciais encontram-se reproduzidas no ANEXO II dessa dissertação (itens 2.1 e 2.2). Vê-se, claramente, nessa atitude de criar loterias, a posição de intermediário do poder, em que a sociedade cuidava de si mesma. Através do dinheiro dos apostadores o Estado fazia *sua política social*.

*“(...) Se tivermos de encontrar alguma dificuldade, recorramos à caridade pública, a única que se apresenta nos dias da agonia e da aflição como o seu óbolo generoso e franco amparo a viuvez, o órfão e o proletário”. (Relatório da Santa Casa 1871/1872, pág. 9)*

---

<sup>50</sup> A noção básica de *direitos* e *deveres*, referentes à relação modernamente construída entre cidadãos e o Estado, não existia para a sociedade da época, de modo que os próprios membros da Misericórdia se dirigiam ao governo, pedindo ajuda da mesma forma que pediam esmolas à sociedade.

As fontes de recursos mais importantes da Santa Casa depois das esmolas, eram as heranças e os legados em dinheiro ou imóveis, deixados pelos piedosos cristãos mortos que tinham a esperança de salvar suas almas por meio da caridade. Essas contribuições, muitas vezes generosas, proporcionaram a Misericórdia tomar posse de vários imóveis na área urbana, além de pequenas e médias propriedades na área rural, tornando a irmandade grande possuidora de imóveis, especialmente casas e terrenos na cidade<sup>51</sup>. Alguns desses imóveis ainda hoje são propriedades da Misericórdia, sendo fácil encontrá-los num rápido passeio pelo centro da atual cidade de Campos dos Goytacazes. Os quadros a seguir trazem os valores das heranças deixadas para o hospital e o Asilo, além da listagem de imóveis da Santa Casa em 1873. Nota-se que embora fossem administrados pela mesma Misericórdia, o hospital e o asilo tinham patrimônios próprios recebendo separadamente cada um sua parte nas doações. Muitos doadores dividiam suas heranças ou legados entre as duas casas, definindo a parte que caberia aos doentes e aos abandonados.

**Quadro 1.0:** doadores/quantias deixadas para o Hospital e o Asilo - 1873

<b>HERANÇAS E LEGADOS</b>	<b>HOSPITAL</b>	<b>ASILO</b>
<b>Paulino José Vianna</b>	6:000\$000	2:000\$000
<b>Francisco Thomas Pinheiro</b>	-----	3000\$000
<b>Baronesa da Abadia</b>	1:000\$000	-----
<b>João da Cruz Vianna</b>	3:000\$000	-----
<b>TOTAL</b>	10:000\$000	5:000\$000

FONTE: relatório da Santa Casa (1873)

**Quadro 2.0:** imóveis pertencentes ao Hospital e ao Asilo – 1873

<b>IMÓVEIS DA MISERICÓRDIA</b>	<b>HOSPITAL</b>	<b>ASILO</b>
<b>Casas (térreas)</b>	38	1
<b>Sobrados</b>	4	-----
<b>Chácaras</b>	-----	1
<b>TOTAL</b>	42	2

FONTE: relatório da Santa Casa (1873)

<sup>51</sup> Sobre esse ponto, ver o item 1.3 do ANEXO I, com a listagem dos imóveis pertencentes à Santa Casa e seus respectivos valores retirados do relatório anual de 1873/1874.

As casas e terrenos eram geralmente alugados a terceiros pela Santa Casa ou, nos momentos de maior dificuldade, vendidos em leilão. As propriedades rurais eram vendidas, sendo o dinheiro usado nas obras da igreja ou na melhoria do hospital, além de cobrir as despesas correntes do ano *compromissal*. Tomar posse dos legados e heranças, no entanto, sendo estes em dinheiro, bens móveis ou imóveis, nem sempre era fácil. Muitas vezes a Misericórdia se viu envolvida em longas disputas judiciais com herdeiros e mesmo com a municipalidade, para garantir seus direitos aos bens. Tais disputas podiam arrastar-se por anos, nem sempre com resultados favoráveis à irmandade, mesmo quando a Coroa ou poder Imperial se manifestavam a favor dela.

Uma alternativa, também muito usada para investir o dinheiro arrecadado, era o empréstimo a juros que a Santa Casa realizava com certa freqüência, desde que a situação financeira permitisse. Esses empréstimos, contudo, não eram garantia de rendimentos seguros, visto que muitas vezes os devedores não honravam seus compromissos, deixando a Misericórdia em prejuízo. No relatório de prestação de contas do ano *compromissal* de 1872, foi declarada a quantia de 43:942\$441 réis em juros na *mão de particulares*. Desconhecemos, contudo, se essa quantia foi resgatada, mas o fato é que as dificuldades financeiras obrigavam provedores e tesoureiros a usar seus próprios recursos ou bens, para manter a Misericórdia funcionando. Não era raro que um deles emprestasse dinheiro à Santa Casa ou que usasse seu patrimônio particular para saldar dívidas atrasadas. LAMEGO (1951) afirma que o provedor Joaquim de Moraes (1875/1883), por exemplo, desistiu<sup>52</sup> em favor da irmandade da quantia de 19:954\$090 réis. Essas Informações são confirmadas pela documentação, onde quase sempre nos balanços financeiros, aparecia a observação de que a Santa Casa devia dinheiro ao tesoureiro do ano *compromissal* anterior. O emprego dos recursos e bens de seus próprios membros ressalta ainda mais o caráter de caridade da obra, na ausência da qual pouco ou nada existia para atender as necessidades da população.

A função social da Misericórdia tinha, nas ações de atendimento médico/hospitalar, seu ponto de destaque. A Santa Casa atendia aos doentes livres e escravos, recebendo contribuições dos que podiam pagar pelos serviços e atendendo, gratuitamente por meio da caridade, a maioria da população pobre que não tinha recursos. A Misericórdia de Campos também fornecia remédios,

---

<sup>52</sup>Essa desistência refere-se à quantia em dinheiro emprestada à irmandade num momento de emergência, que o provedor resolveu não cobrar depois, ficando o empréstimo como doação para a obra.

gratuitamente, através de sua farmácia, àqueles que estavam internados ou que iam se consultar na *sala do banco*, além de vender medicamentos para os mais abastados.

A sala do banco era uma espécie de ambulatório onde a população aguardava a consulta com o médico do hospital. Ao que parece, ela funcionava atendendo aqueles que estavam doentes, mas que não necessitavam de internação hospitalar imediata. No ANEXO I (item 1.1) encontra-se a cópia do movimento da farmácia durante o ano *compromissal* de 1873/1874, no qual é possível observar o detalhamento do destino dos medicamentos com os seus respectivos valores: *receituário da enfermaria, dos pobres externos, do Asilo da Lapa e dos doentes que se trataram a sua custa no hospital*.

A existência de um aparato médico-assistencial como a *sala do banco*, é para nós mais um forte indício do domínio da filantropia na sociedade da época. As pessoas não procuravam a Santa Casa só nos momentos extremos da doença, quando o hospital era o último refúgio. Elas também usavam o serviço ambulatorial da instituição como socorro médico regular. Esse último ponto é bastante revelador sobre o abandono por parte das autoridades públicas, onde quem não tinha recursos próprios para se tratar em casa só podia contar com a caridade da Misericórdia, tanto para as consultas e tratamentos, quanto para os remédios. Encontra-se no ANEXO I (item 1.8) a reprodução do relatório do ano *compromissal* de 1882/1883 com o movimento da *sala do banco*, pelo qual é possível ver que foram realizadas 1458 consultas aos pobres, com o fornecimento de 1174 receitas de medicamentos. O provedor Dr. Barão de Itaoca num relatório posterior, de 1888, nos dá a seguinte impressão sobre a *sala do banco*:

*“Importantes são os serviços que o **consultório presta a pobreza enferma desta cidade e particularmente ao hospital por lhe diminuir o número de doentes.** (...) Para se poder avaliar o movimento progressivo que o consultório vem tendo, basta atender-se à concorrência que houve ali no período de que nos temos ocupado e volver-se ao precedente; neste não atingiu a 4000 o número de consultantes, naquele entretanto foi excedente a 8000<sup>53</sup>.”*  
(Relatório da Santa Casa de 1888, pág. 9)

Além dos doentes, a Santa Casa se encarregava ainda, da maioria dos enterros na cidade, embora não tivesse o monopólio sobre eles. Havia uma tabela

---

<sup>53</sup> O destaque em negrito é nosso.

com os preços dos serviços médicos e funerários que eram cobrados daqueles que tinham recursos e podiam pagar. Os indigentes e pobres, no entanto, acabavam sendo tratados ou enterrados por conta da própria Misericórdia. Vemos nesse caso uma curiosa junção de caridade com atendimento particular, em que coexistia a prestação de socorro e amparo aos necessitados, com a cobrança de serviços médicos e funerários para os mais ricos. Acontecia também que, em muitas ocasiões, cadáveres, especialmente de escravos, eram abandonados nas ruas ou na porta da Santa Casa, tendo esta que arcar com as despesas do abandono já que seu compromisso a obrigava a cuidar dos mortos.

Apresentamos no quadro 3.0 os dados sobre os valores das consultas e dos enterros (aluguel de caixões e sepulturas) que recolhemos através da documentação para o ano de 1860. Infelizmente não encontramos informações suficientes que nos permitisse estabelecer a variação desses preços ao longo do tempo, de modo que temos apenas uma idéia parcial. Mas a julgar pelas reclamações financeiras da irmandade nos relatórios, é possível que os preços praticados ficassem “congelados” por anos, mantendo uma defasagem significativa entre os valores cobrados e os custos reais dos serviços, que acabavam sendo cobertos com prejuízo pela Santa Casa. Como o importante nesse caso era a prática da caridade e a obra filantrópica, não o lucro, a Misericórdia assumia a obrigação, contando que as doações e as heranças iriam socorrê-la sempre.

**Quadro 3.0:** valor do atendimento aos doentes/valor dos enterros (1860)

<b>TRATAMENTO DE DOENTES</b>	<b>VALOR (RS)</b>
<b>Livres</b>	640
<b>Escravos</b>	400
<b>Aluguel de Tumbas e Caixões</b>	*****
<b>Livres</b>	4\$000
<b>Escravo Adulto</b>	800
<b>Escravo Menor</b>	400

FONTE: documentação dos relatórios e dados retirados de LAMEGO (1951), para o ano de 1860.

De acordo com a documentação consultada, em 1873, uma lei (nº 1993), da Assembléia Geral do Império, concedeu a todas as Misericórdias o privilégio dos enterros, o que significava que a partir de então, as Santas Casas teriam o monopólio desses serviços nas cidades e vilas em que estivessem instaladas. A

Santa Casa do Rio de Janeiro e a da Bahia já algum tempo faziam uso desse privilégio, mas a de Campos rejeitou o oferecimento. Segundo LAMEGO (1951) os argumentos dos irmãos da Misericórdia campista foram em favor da caridade cristã e dos interesses da população, dois princípios que seriam feridos com o monopólio da morte. O privilégio garantia o direito à Santa Casa de estabelecer uma tabela de preços oficiais para os serviços funerários, eliminando outros prestadores que não poderiam concorrer com a Misericórdia ou só atuar com a permissão desta. No ANEXO II (item 2.3) encontra-se uma cópia feita a partir de LAMEGO (1951) das alegações dos irmãos para rejeitarem o privilégio.

A rejeição do privilégio por parte da Santa Casa de Campos tem outro significado para nós. Diante das dificuldades financeiras crescentes e das obrigações assistenciais que já possuía, a Santa Casa possivelmente não quisesse se comprometer com mais esse serviço. Embora os funerais fossem pagos por alguns, eles, por outro lado, teriam que ser prestado obrigatoriamente de graça a todos os necessitados que chegassem à sua porta. E isso em virtude do voto presente na obra espiritual da irmandade de enterrar e cuidar dos mortos. Se assumisse o monopólio dos enterros, a Santa Casa não poderia rejeitar nenhum outro morto depois, tendo o falecido recursos ou não, para pagar as despesas de um enterro digno.

A Misericórdia tinha por obrigação que arcar com os custos dos enterros dos que morriam em suas enfermarias, além dos funerais de seus próprios membros, para o que precisava sempre manter recursos disponíveis em reserva. Um possível indício do peso que as obrigações funerárias aos desvalidos representava para a irmandade, pode ser visto na afirmação do provedor José Joaquim de Moraes<sup>54</sup> presente no relatório que cobre o período de 1875/1883 de sua administração:

*“(...) uma grande parte dos entrados chagam em estado tal que falecem em poucas horas depois de sua admissão. Parece ser o motivo de tal procedimento **quererem os parentes livrar-se das despesas do enterro, sobrecarregando a Santa Casa com mais esse ônus.**”<sup>55</sup>*  
(Abertura do Relatório da Santa Casa 1875-1883)

---

<sup>54</sup> Pelo que pudemos constatar através da documentação, José Joaquim de Moraes ocupou o cargo de provedor da Misericórdia durante o período de 1875 a 1883, publicando no final de sua administração o balanço do funcionamento da Santa Casa durante esses anos.

<sup>55</sup> O destaque em negrito é nosso.

O que os dados da Santa Casa sobre doentes, enterros e órfãos nos revelam é a existência de uma preocupação constante com a saúde, com os desamparados e com a morte. Num espaço em que pouco ou nada se poderia esperar dos governos, a não ser nos momentos de calamidade, cada um deveria cuidar de si mesmo, procurando defender-se das dificuldades da vida como fosse possível. Nesse sentido, não é de se estranhar a tendência que tinham determinados grupos sociais de formar associações de ajuda mútua, religiosas ou leigas, para socorrer a si mesmos e aos outros. O modelo de assistência caritativa e filantrópica se estendia por vários níveis da sociedade, numa mistura de sentimento religioso e dever cívico. A Misericórdia em Campos e no Brasil representou muito bem essa mistura, onde os poderosos cuidavam dos necessitados ao mesmo tempo em que exaltavam suas mais elevadas virtudes cristãs praticando a caridade. Nesse sentido, a Santa Casa estava perfeitamente em sintonia com a sociedade, reproduzindo valores, práticas e mentalidades comuns. Era uma irmandade portuguesa que encontrou no espaço colonial e depois na sociedade brasileira em formação, condições adequadas para o exercício de suas funções.

Aprofundando nossa análise da Misericórdia campista com o objetivo de apreender seu funcionamento cotidiano, encontramos alguns fatos que nos ajudam a fazer uma aproximação maior dela. Em determinado momento, no exame dos documentos, dois fatos chamaram nossa atenção, não só por curiosidade histórica, mas pelo que há de revelador neles. A primeira foi a constatação de que a Misericórdia em Campos possuía escravos, os quais eram usados na limpeza e manutenção do hospital e do asilo, e principalmente, nos serviços funerários. A segunda foi a contratação em 1840 de um escravo chamado Cipriano que pertencia a José Gomes Fonseca (LAMEGO, 1951).

Esse escravo foi contratado pela Santa Casa para a função de barbeiro, com um salário anual de 4\$000 réis. Tal contratação é curiosa porque a atividade de barbeiro era, em muitos casos, agregada a de cirurgião, profissional que ministrava tratamentos médicos simples e realizava pequenas cirurgias. Não temos dados que comprovem a hipótese de que se tratasse de um barbeiro e cirurgião, porém, é no mínimo curioso que um hospital contratasse com salário anual um barbeiro escravo, sinal de que tratava-se de alguém com alguma habilidade específica. Temos, por outro lado, informações de que a equipe que trabalhava no hospital da Santa Casa da Bahia, assim como em outras Misericórdias, era composta por barbeiros-cirurgiões, o que reforça nossas dúvidas quanto ao caso de Campos.

De qualquer forma, diante da situação geral da saúde no Brasil da época, caracterizada por saberes e práticas médico/hospitalares que ainda não haviam se modernizado, não poderíamos deixar de notar a coincidência entre o escravo Cipriano contratado pela Misericórdia de Campos e a existência de barbeiros-cirurgiões, escravos ou livres, em outras Misericórdias. A figura do barbeiro-cirurgião, aliás, era comumente encontrada nas cidades brasileiras do século XIX, onde atendiam com conhecimentos e recursos médicos precários, os pobres e escravos que precisavam cuidar da saúde (MIRANDA, 2004). Esse personagem foi pintado por *Debret* em obra que tem o sugestivo nome de *o cirurgião negro*<sup>56</sup>, o que também é uma coincidência com o escravo Cipriano de Campos.

Com relação a sua atuação médica, o hospital da Santa Casa não diferia de outros hospitais da mesma época, realizando consultas, internações e tratamentos diversos, de acordo com as tecnologias e os recursos médicos disponíveis. Pode-se afirmar que o hospital da Misericórdia estava situado no meio termo, entre aquele estabelecimento de abrigo aos pobres, descrito por FOUCAULT (1988), e o hospital médico que se forma na Europa a partir do século XVIII. Na Santa Casa de Campos as duas faces do aparato hospitalar (abrigo/cura) estavam presentes de forma bem clara. Praticando a caridade aos necessitados, o hospital da Misericórdia era um abrigo, lugar de refúgio e recolhimento para a pobreza. Com a modernização das práticas médicas e a formação de uma medicina hospitalar, sobretudo no século XIX, ele foi aos poucos tornando-se um espaço de cura, acompanhando a metamorfose por que passava a condição dos hospitais.

*“O hospital é o refúgio e o abrigo do pobre; como sabeis, foi estabelecido para lenitivo dos enfermos necessitados, e muito se deve na atualidade ao zelo e inteligência dos dignos médicos a cura de muitos infelizes que ao desamparo pereceriam se não encontrassem o pronto socorro deste asilo, onde a desgraça os conduziu”. (Relatório da Santa Casa 1872-1873, pág. 4)*

Nos relatórios da Santa Casa que analisamos nessa pesquisa é possível perceber que as preocupações com os cuidados médicos, com a cura dos pacientes e com a própria organização e disciplinamento do espaço hospitalar, foi tornando-se uma constante durante o século XIX. Os relatórios foram ficando cada vez mais completos à medida que os anos passavam, trazendo números sobre os doentes internados, as taxas de mortalidade, os diagnósticos e os procedimentos médicos. É

---

<sup>56</sup> Na abertura da dissertação reproduzimos a referida pintura de *Debret*.

possível perceber nessa breve trajetória, através da Misericórdia campista, o lento processo de mudança do hospital que FOUCAULT (1988) situou dentro da *medicina social*.

É verdade que o Brasil do período analisado estava longe de produzir uma medicina social nos moldes europeus. Mas por outro lado, não nos parece impossível que as mudanças ideológicas e práticas da saúde descritas anteriormente, estivessem manifestando-se por aqui, mesmo que de forma pontual e ainda que timidamente, através da medicalização crescente do hospital da Santa Casa. É preciso lembrar ainda, que a Misericórdia, apesar de tão bem adaptada a sociedade brasileira, era uma irmandade européia presente em várias partes do mundo, o que de certa forma facilitava o intercâmbio de procedimentos e saberes, que poderiam permitir a influência externa no trato da saúde.

Nos quadros seguintes, 4.0 e 5.0, podemos acompanhar o movimento do hospital em vários anos, através de dados que nos permitem observar não só a abrangência da atuação sobre a saúde de Campos dos Goytacazes e da região, mas também alguns outros aspectos significativos da sociedade da época. Curas, taxas de mortalidade, total de doentes atendidos por ano, presença de escravos africanos, etc, são algumas das informações que os quadros nos oferecem, compondo um painel bastante revelador sobre a saúde na região durante o século XIX.

**Quadro 4.0:** atendimentos (1872)

ORIGEM DOS DOENTES	MULHERES	HOMENS	TOTAL
Campos	----	----	314
S. Fidélis	----	----	31
S. João da Barra	----	----	4
Estrangeiros	2	70	72
<b>TOTAL</b>	----	----	421

FONTE: relatório anula da Santa Casa (1872)

**Quadro 5.0:** atendimentos (1873)

ORIGEM DOS DOENTES	MULHERES	HOMENS	TOTAL
Campos	----	----	404
S. Fidélis	----	----	5
S. João da Barra	----	----	4
Macaé	----	----	2
<b>TOTAL</b>	----	----	415

FONTE: relatório anual da Santa Casa (1873)

O atendimento aos estrangeiros e pacientes de outras localidades, mostra a importância que a Santa Casa de Campos tinha num espaço onde não havia hospitais para o auxílio médico à população. Das localidades que aparecem no quadro 5.0, apenas São João da Barra chegou a ter uma Santa Casa e mesmo assim fundada somente no século final do XIX, o que levaria seus moradores a buscarem socorro e tratamento médico em Campos. Em relatórios posteriores a 1873 não aparece mais a separação detalhada entre os doentes de Campos e de outros lugares, embora eles seguramente tenham continuado. Sem esses dados, ficamos impedidos de acompanhar o movimento dos atendimentos às pessoas na região fora do espaço urbano de Campos, por um período maior.

De qualquer modo, o que fica claro para nós é que mesmo com dificuldades financeiras crescentes, contando mais com a boa vontade dos beneméritos do que com a ajuda do poder público, a Misericórdia seguia desempenhando uma função médico/hospitalar estratégica na região. Os quadros abaixo trazem mais alguns dados importantes sobre o funcionamento do hospital, com destaque para a contínua preocupação com a origem dos atendidos. Nos quadros 5.1 e 5.2 podemos ver mais claramente a quantidade de homens e mulheres nos atendimentos, além dos livres e escravos.

**Quadro 5.1:** doentes que deram entrada no ano de 1873.

<b>DOENTES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nacionais (brasileiros)</b>	263	120	383
<b>Escravos (africanos)</b>	7	4	11
<b>Escravos (crioulos)</b>	19	2	21
<b>TOTAL</b>	289	126	415

FONTE: relatório anual da Santa Casa (1873)

**Quadro 5.2:** curas e mortes (1873)

<b>DOENTES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Curados</b>	269	63	332
<b>Mortos</b>	56	17	73
<b>Continuaram Internados</b>	19	22	41
<b>TOTAL/ATENDIDOS</b>	344	102	446

FONTE: relatório anual da Santa Casa (1873)

Os dados apresentados formam um conjunto estatístico interessante para o entendimento das estruturas sociais da velha Campos dos Goytacazes. A presença numerosa de escravos fica evidente na preocupação, já representada no quadro 3.0, em definir os valores dos serviços médicos e funerários prestados a eles. Tal preocupação aparece de novo, no quadro 5.1, através da iniciativa de classificação dos cativos em *criolos* (nascidos no Brasil) e *africanos*, o que revela um outro lado da Misericórdia enquanto instrumento de controle e registro social. Ao mesmo tempo, os doentes estrangeiros também eram identificados nos atendimentos, separando-os dos nacionais, assim como a separação por sexo.

Os números de curas, das mortes e das doenças que atacavam a população podem ser verificados nos quadros e nos ANEXOS que reproduzimos até aqui, nos permitindo visualizar um panorama das condições sanitárias e do nível de atendimento hospitalar do Brasil da época. Segundo informações do provedor Barão de Itabapoana<sup>57</sup>, grande parte do número de mortes que aparece no quadro 5.3, por exemplo, foram causados pela epidemia de varíola (bexiga) que atingiu todo o país no ano de 1873, atingindo também a Campos.

**Quadro 5.3: MORTES (nacionalidade/sexo) -1873**

<b>MORTOS</b>	<b>HOMENS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nacionais (brasileiros)</b>	35	16	51
<b>Estrangeiro</b>	15	0	15
<b>Escravos (africanos)</b>	2	1	3
<b>Escravos (crioulos)</b>	4	0	4
<b>TOTAL</b>	56	17	73

FONTE: relatório anual da Santa Casa (1873)

**Quadro 5.4: CURAS (nacionalidade/sexo) -1873**

<b>SAÍRAM CURADOS</b>	<b>HOMENS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nacionais (brasileiros)</b>	156	55	211
<b>Estrangeiros</b>	92	4	96
<b>Escravos (africanos)</b>	8	1	9
<b>Escravos (crioulos)</b>	13	3	16
<b>TOTAL</b>	269	63	332

FONTE: relatório anual da Santa Casa (1873)

<sup>57</sup> O referido *provedor* não precisou quantos, entre os mortos que aparecem no relatório, foram atingidos pela varíola e quantos foram vítimas de outras doenças.

No ANEXO I (item 1.6 e 1.7) podemos observar o detalhamento dos diagnósticos, das altas e das operações realizadas no hospital durante o ano *compromissal* de 1882/1883. No mapeamento das doenças mais comuns naquele ano aparecem as enfermidades claramente ligadas à condição geral de salubridade da cidade de Campos, com a designação especial de *febres reinantes*. A expressão *febre reinante* sugere a permanência de um quadro endêmico na região, com o uso dessa denominação para as doenças muito freqüentes que apresentavam sintomas parecidos entre si. Era muito comum a presença de febres associadas a alguma moléstia que não era imediatamente identificada, recebendo então o nome genérico de *febre reinante* por causa de sua permanência e constância junto à população. Determinadas épocas do ano eram mais propícias para a incidência dos casos, sendo qualificadas como a época ou estação das febres (LAMEGO, 1951).

As condições sanitárias e das instalações do hospital da Santa Casa também eram motivo de preocupação constante dos provedores. É muito freqüente nos relatórios a alegação de que o hospital precisava de obras de ampliação ou reformas, além da recomendação com os cuidados gerais das enfermarias e com a higiene dos pacientes. Percebe-se através dos discursos uma tentativa de melhorar o atendimento e a estrutura do hospital, o que pode indicar que cada vez mais a Misericórdia se via exigida em seus serviços por uma população mais numerosa e desamparada. Os indícios das precárias condições em que operava a entidade em determinadas épocas, também aparecem claramente nos documentos. Como foi o único hospital público que existiu por décadas, até a fundação da Beneficência Portuguesa em 1852<sup>58</sup>, a Santa Casa possivelmente encontrava-se sobrecarregada em suas múltiplas obrigações. No trecho do relatório que reproduzimos abaixo, encontramos as queixas do provedor Moraes sobre as condições do hospital, quando ele assumiu a irmandade em 1875:

*“A falta de asseio das camas dos enfermos e a fumaça da cozinha (onde a comida era feita sobre chapas de ferro, assentes em duas toscas paredes e sem chaminé) espalhada pelo vento por todo o pavimento térreo faziam com que as enfermarias exalasses um tão mau cheiro que impossível era estar-se a certa distância delas.” (Relatório da Santa Casa 1875-1883, pág. 6)*

---

<sup>58</sup> Enquanto a Santa Casa cuidava de qualquer pessoa independente de seus recursos, inclusive escravos, o hospital da Beneficência Portuguesa tinha sua ação prioritariamente voltada para o cuidado de seus próprios sócios e colaboradores.

É sempre perigoso fazer generalizações com o objetivo de tentar perceber as características ideológicas<sup>59</sup> de uma época. Muitos detalhes da realidade social em seus múltiplos aspectos podem facilmente escapar da visão do pesquisador ou confundi-lo quanto ao mais importante. Contudo, nos arriscamos aqui em afirmar o predomínio de uma mentalidade marcada pela idéia de caridade, expressa nos comportamentos sociais, nos discursos da Santa Casa, na imprensa e até mesmo no posicionamento do poder público. Nos documentos da Câmara e nos decretos provinciais referentes à questão da prestação de serviços básicos para a população, é muito claro o sentido que se tem da responsabilidade da sociedade no provimento das necessidades, orientado por um discurso de assistência filantrópica. A própria Misericórdia orgulhava-se dos serviços que prestava, sempre ressaltando a importância de sua missão em todas as oportunidades, destacando a grandiosidade da obra que os irmãos estavam desempenhando em nome dos mais elevados sentimentos e valores. São freqüentes na documentação as referências ao hospital, como sendo um pio estabelecimento.

A mistura de discurso filantrópico com piedade religiosa era também uma forma de diferenciar os mais “nobres” membros da sociedade campista, que se sobressaíam por seus feitos caritativos para aqueles que se encontravam embaixo da hierarquia social. A exaltação da caridade aparece em vários momentos como peça fundamental da engrenagem sócio-mental da época, acionando elementos da sociedade sempre que as necessidades exigissem. O trecho abaixo que fala da renovação das roupas de cama das enfermarias, não permite enganos quanto à ausência do poder público que, em nenhum momento, é citado como participante das melhorias do hospital. Em seu lugar destacam-se em primeiro plano, o *filantrópico comércio de Campos e as esmolas*.

*“Com a aquisição que se fez de um bom fogão e pela reforma das roupas de cama, **para que o concorreu o filantrópico comércio desta cidade, dando por esmolas as fazendas precisas, consegue-se conservar as enfermarias limpas como atualmente se acham***<sup>60</sup>.” (Relatório da Santa Casa 1875-1883, pág. 6)

---

<sup>59</sup> Conforme já manifestado anteriormente nesta dissertação, o conceito de ideologia é entendido como visão de mundo, conjunto de valores expressos por indivíduos ou grupos sociais acerca da realidade sócio-cultural que vivem, além das respostas discursivas e práticas que oferecem para cada situação em um determinado contexto histórico.

<sup>60</sup> O destaque em negrito é nosso.

Os exemplos são vários da presença maciça da caridade praticada em larga escala e admitida como regra pelo conjunto da sociedade. Em 1866 a mesa da Misericórdia autorizou, a pedido do Dr. Miguel Herédia de Sá, a admissão de freiras (irmãs de caridade) nas funções dentro do hospital e no asilo, contrariando uma tradição da Santa Casa de não envolver-se com as instituições da Igreja Católica. O argumento dos irmãos para o pedido de admissão das freiras, era de que estas já desempenhavam em outras Misericórdias a função de cuidar dos doentes de forma *valorosa*. As irmãs, contudo, não chegaram a atuar no hospital nessa época, porque não houve consenso sobre o limite da ação delas e a autoridade que teriam dentro do estabelecimento. No mesmo ano de 1866, dois médicos, Albino Rodrigues de Alvarenga e Jerônimo Batista Pereira, num ato de voluntarismo caridoso, se ofereceram para cuidar dos doentes no hospital da Santa Casa sem receber salários. O pedido foi acatado favoravelmente pela mesa que muito agradeceu pelo gesto *humanitário* dos referidos médicos (LAMEGO, 1951). Esses fatos, embora isolados, contribuem para a compreensão de um quadro muito mais amplo de prática da filantropia em vários níveis.

No entanto, o acontecimento mais emblemático de questão filantrópica dominante ocorreu em 1868. Naquele ano a *Princesa Isabel* e o *Conde D'eu* estiveram em Campos e visitaram a Santa Casa e o Asilo Nossa Senhora da Lapa, onde distribuíram esmolas para os enfermos e fizeram generosas doações para a irmandade. No Asilo, porém, a princesa encontrou condições precárias de higiene e abrigo das asiladas, manifestando prontamente seu descontentamento com a situação que presenciou (LAMEGO, 1951). O constrangimento causado pelas duras críticas da princesa, levou as senhoras da *alta sociedade campista*<sup>61</sup> a fundarem, por conta própria, uma associação de caridade que foi denominada de *Congregação das Protetoras do Asilo da Lapa*. Essa associação ficaria responsável por arrecadar recursos para o Asilo, funcionando na verdade como mais um braço da Misericórdia, embora fosse independente dela. A associação também ofereceu a Princesa Isabel o título de Protetora do Asilo, o que foi prontamente aceito por ela (LAMEGO, 1951).

Muitas situações reveladoras podem ser notadas nesse caso da visita da Princesa Isabel. A distribuição de esmolas e donativos o que, aliás, já havia acontecido na visita de seu pai, o Imperador D. Pedro II a Campos, foi apenas uma

---

<sup>61</sup> LAMEGO (1951) traz a lista completa das fundadoras da associação de protetoras do asilo, tendo a frente como provedora e provedora honorária, a *Baronesa da Lagoa Dourada* e a *Baronesa de Muriaé* respectivamente. As outras integrantes da associação eram todas ricas senhoras da sociedade Campista que resolveram contribuir com a caridade.

delas. A outra, foi a manifestação de desagrado com as condições precárias do estabelecimento e a pronta reação da elite campista fundando outra obra de caridade para resolver o problema. É preciso destacar que, ao reclamar, a Princesa agiu dentro de uma mentalidade que sinalizava para a não responsabilidade do poder e sim da sociedade, não fazendo nada de concreto para mudar o quadro. E a resposta das senhoras “ilustres”, não podia ter sido mais coerente com esse espírito.

Era dentro desse espaço sócio-cultural que a Santa Casa seguia ampliando sua função e acumulando prestígio, e é dentro dele que torna-se possível compreendermos a lógica de sua atuação. Em 1885 a irmandade resolveu pedir novamente a Assembléia Provincial o privilégio recusado em 1873, de ser a responsável pelos enterros em Campos. Essa mudança de atitude parece estar relacionada com o aumento da população e a melhoria de renda na cidade. O enriquecimento da região de Campos dos Goytacazes vinha se fazendo presente através da empresa açucareira desde o final do século XVIII, tornando-se cada vez mais próspera durante o século XIX. Couto Reis, citado por FARIA (1998) num importante trabalho sobre família e riqueza na colônia, descreveu a vila de São Salvador (Campos dos Goytacazes) em 1785<sup>62</sup> nos seus aspectos econômicos e destacou que (...) *é a metrópole desse distrito, a mais rica e populosa de todas as sujeitas ao Rio de Janeiro, sustentada e engrandecida por um florescente comércio agitado pelos produtos de todos os lugares seus adjacentes (...)*.

Os fatores conjugados de crescimento populacional e aumento nas rendas tornariam os sepultamentos lucrativos, já que nessa época houve um aumento do número de pessoas com posses que poderiam pagar pelos serviços funerários, financiando assim, indiretamente, o enterramento dos mais pobres. Ao que parece, até o final da administração do provedor Dr. Barão de Itaoca, a autorização não tinha sido ainda votada na Assembléia Provincial.

*“Sendo valiosos aos benefícios que as classes desfavorecidas deste e dos municípios vizinhos auferem da existência de nossa casa de caridade, mantida em grande parte pelo favor público e fazendo-se sentir de modo imperioso e urgente e necessidade de dar-lhe desenvolvimento consentâneo com as justas exigências da população, ocorreu-nos também a idéia (...) de solicitar novamente o privilégio dos enterros neste município, **com condições não onerosas como as daquela que teve de recusar por esse motivo**<sup>63</sup>.” (Relatório da Santa Casa 1888, pág. 15)*

<sup>62</sup> Antes da fundação da Misericórdia em Campos.

<sup>63</sup> Destaque em negrito é nosso.

Quanto às obrigações funerárias, a Misericórdia devia agir como uma prestadora de serviço público, mas dentro das regras cristãs. Embora fosse leiga, a irmandade estava orientada em seus princípios pelo senso de religiosidade católica, o que tornava a questão dos enterros também um problema religioso, não se tratando de um serviço profano como outro qualquer. A morte deveria ser tratada pela irmandade com toda a ritualística que a ideologia cristã e as convenções sócio-culturais da época prescreviam para tais ocasiões. Encontramos em FEYDIT (1900) um comentário sobre as regras para o recebimento dos defuntos pela Santa Casa, que é também revelador das práticas religiosas da sociedade campista.

*“O enfermeiro tinha por obrigação: abrir as portas do hospital as mesmas horas, e não devia receber corpo morto sem que viesse envolto em mortalha de qualquer fazenda que fosse, nem fora das horas que se costumava abrir as portas; e lhe era muito recomendado todo o cuidado em não receber algum corpo pagão. (...)”* (FEYDIT, 1900)

No mesmo relatório de 1888 onde aparece a questão dos enterros, a Misericórdia também apontava para a necessidade de se criar em Campos um asilo para o recolhimento dos doentes mentais e alienados. A Santa Casa mostrava-se preocupada com o tratamento dispensado a essas pessoas, que na ausência de local apropriado para atendê-las, eram geralmente mandadas para outras cidades que possuíam manicômios ou, nos casos mais problemáticos, conduzidas para a cadeia local misturando-se com delinqüentes e criminosos (LAMEGO, 1951). O referido relatório indicava que além de não existir na cidade instituição apropriada para o atendimento das necessidades psiquiátricas, houve um considerável aumento do número de doentes, o que justificava a criação imediata de um hospital/abrigo. A irmandade enviou à Câmara o pedido para que fosse criado um asilo para o recolhimento dos doentes, que ficaria sobre a responsabilidade da Misericórdia. Pedia ainda, que a Câmara votasse uma ajuda para esse novo estabelecimento, nos mesmos termos dos recursos que já existiam para os expostos.

O interessante é que até o final da administração do provedor em 1888, a Câmara ainda não havia se manifestado sobre o assunto, especialmente sobre a provisão de verbas para o atendimento aos doentes mentais pedida pela Misericórdia. O próprio provedor, Barão de Itaóca, que, pelo visto na documentação também era vereador na Câmara, admite a demora justificando: (...) *o que no entanto não foi ainda resolvido por aquela edilidade, sem dúvida por falta de verba*

*na lei do seu orçamento*. Para nós, além da falta de verba, faltava também vontade ao poder público; a existência do problema era até reconhecida e preocupava as autoridades municipais, mas para a mentalidade caritativa dominante, sua solução não passava pela ação do Estado.

### **2.3 – A epidemia de cólera de 1855;**

O jornal *Monitor Campista* de 4 de janeiro de 1855, fazendo um balanço dos acontecimentos marcantes do ano anterior, traz a notícia de que o cólera (*cholera morbus*) tinha aparecido naquele ano em vários países, como Espanha, Alemanha, Itália, Turquia e Rússia (MONITOR CAMPISTA, 04/01/1855, EDITORIAL, pág. 3). O jornal não podia, evidentemente, prever que o mal chegaria ao Brasil durante o ano de 1855 numa epidemia de proporções nacionais, e que atingiria em cheio Campos dos Goytacazes e região. Mas vista hoje, aquela reportagem que saudava o novo ano de 1855 parecia um estranho alerta.

As informações dão conta de que a epidemia teria começado em junho no Norte do país, mais precisamente no Pará, tendo rapidamente se espalhado por várias províncias do Nordeste, atingindo a Bahia já no mês seguinte. Os primeiros casos registrados na Corte e na Província do Rio de Janeiro, também datam do começo de julho. Portanto, a doença que atingiu Campos foi um evento nacional que teve sua propagação facilitada pelas péssimas condições de saúde e higiene no país (CHALHOUB, 1996).

Doenças como o Cólera são intimamente relacionadas as condições de salubridade do ambiente e de vida da população, manifestando-se com maior intensidade onde dominam a pobreza e a falta de estrutura urbana e sanitária (HOCHMAN, 1998). Condições precárias de saneamento básico, são fatores importantes para a presença e propagação da doença. E isso era tudo que o Brasil e Campos, em especial, apresentavam no momento em que a epidemia começou. A condição espacial da área urbana de Campos com seu grande número de lagoas e alagadiços, favoreceu o desenvolvimento da epidemia. Mas a situação foi muito grave em praticamente toda a Província do Rio de Janeiro, sendo muitas as vilas e localidades atingidas pela doença.

O cólera é uma infecção intestinal aguda altamente contagiosa, causada por um bacilo, o *vibrião colérico* (*vibrio cholerae*), presente na água poluída principalmente por esgoto humano. Os sintomas são diarréia intensa, vômitos e

cãibras, que se não forem tratados rapidamente, podem levar a morte num período que varia de 12 a 36 horas. É uma infecção que se propaga principalmente através do consumo de água e alimentos contaminados pelo bacilo.

No ANEXO III reproduzimos parte do relatório do vice-presidente da Província, Visconde de Baependy, que ocupava o cargo por ocasião do coléra. Nele encontram-se importantes informações sobre a evolução da doença, com detalhes de cada região afetada e as respectivas providências tomadas pelo poder público. As informações desse documento são valiosas pois revelam elementos para nós muito importantes aqui: *o comportamento das autoridades agindo de forma improvisada; a conduta sobre a saúde baseada na intervenção nos momentos de calamidade, exemplificada pelos delegados de polícia que foram acionados; o domínio da filantropia caritativa que funcionou plenamente através de doações dos cidadãos ricos e dos serviços prestados pelos hospitais da Santa Casa.*

O primeiro ponto que chama a tenção é a presença das autoridades policiais encarregadas de chefiar as ações de socorro. Como o governo não se encarregava da saúde em condições normais, não tinha pessoal adequado, e quando teve que fazer alguma coisa, usou o seu aparato policial. Nas diversas vilas atingidas pelo mal foram formadas *comissões sanitárias* que ficaram chefiadas pelos *delegados de polícia*, sendo dada a eles também, a incumbência de distribuir os donativos mandados pelo governo provincial e aplicar junto com a Câmara, os recursos em dinheiro enviados para o socorro das vítimas. A autoridade policial ficava responsável ainda, pela fiscalização das casas e estabelecimentos comerciais e pelo controle da circulação das pessoas doentes. Dessa forma, encontramos no relatório a seguinte orientação do poder provincial:

*“(...) Para esse fim oficiou ao chefe de polícia interino da província, o bacharel José Caetano de Andrade Pinto, em 30 de julho, expedindo-lhe instruções, nas quais recomendava que fossem prontamente socorridas pessoas que acrescessem acometidas do mal, e que houvesse todo o cuidado na limpeza e asseio das habitações, procedendo-se a visita das hospedarias e casas, onde se vendessem gêneros alimentícios, etc. (...)” (ANEXO III, pág. 6)*

É preciso reconhecer que a ação do poder público foi imediata e os esforços não foram poucos. Médicos foram mandados para as áreas mais afetadas, inclusive estudantes de medicina que se ofereceram para ajudar. Recursos em dinheiro e até alimentos foram enviados para o socorro dos mais carentes. A Assembléia Provincial

liberou prontamente uma quantia de 60.000\$000 réis para as primeiras providências. Contudo, a mesma preocupação e rapidez na mobilização de recursos para a saúde ou para os problemas básicos da população não existiam em condições que não fossem as de tragédia como aquela. O Estado só agia quando a situação era crítica, deixando por conta da filantropia a responsabilidade de cuidar da questão em tempo de normalidade.

Ficou evidente também a dimensão da precariedade dos serviços de assistência e as condições sanitárias gerais, na rapidez com que a doença se espalhou e no número de mortos. Na região denominada, hoje, de Norte Fluminense, o cólera atacou primeiro o município de São João da Barra e posteriormente Campos dos Goytacazes, com suas repetitivas freguesias, atingindo depois a vila de São Fidélis. Sendo que a doença foi mais intensa em Campos e São João da Barra.

São João da Barra era um importante porto de entrada e saída de mercadorias e pessoas da região, com intenso contato marítimo com a Corte. Isso tornava a presença da doença ali extremamente preocupante, podendo a cidade tornar-se um foco de disseminação se nada fosse feito. O número de mortos nos primeiros momentos foi alto, o que levou o governo provincial a enviar para lá o médico Antônio Ferreira Pinto com ordens de estabelecer um lazareto na barra do rio Paraíba do Sul, na localidade do Pontal em Atafona, onde deveriam ser recolhidos todos os doentes infectados. Entre as vítimas da doença em São João da Barra está o Barão de mesmo título, morto no momento mais intenso da epidemia, depois de ter contribuído com esforços filantrópicos para combater o mal. O relatório provincial registrou 1333 mortes, entre livres e escravos, em São João da Barra, durante o período de 1º de outubro a 24 de novembro, numa média diária de 24,6 mortes, sendo que a doença em novembro ainda não estava totalmente controlada (ANEXO III, pág. 26).

Campos dos Goytacazes por sua vez, era a maior e mais próspera cidade da região com razoável desenvolvimento agrícola e comercial e enorme contingente de escravos. Foi onde a epidemia mostrou-se mais intensa e duradoura, provocando em poucas semanas elevado número de mortes. De acordo com o relatório já citado, a média diária de mortes em Campos ficou entre 80 a 90 doentes, tendo ocorrido no ponto mais crítico, um total de 107 mortes em um só dia. Esses números mostram o quanto a doença foi preocupante na cidade. O tamanho da população, mais numerosa do que em outras áreas da região e a concentração urbana da cidade que

vinha apresentado rápido crescimento no século XIX, contribuíram para que o cólera fizesse maior estrago. O vice-presidente da Província, Visconde de Baependy, deixou no relatório suas impressões com relação a situação da epidemia em Campos e na região:

*“Estando verificado que o cholera morbus com preferência ataca os lugares mais baixos e banhados por grandes rios, lancei desde já logo as minhas vistas não só para o município de Campos, cuja importância em todos os sentidos é assaz conhecida, como para o de S. Fidelis, e principalmente para o de São João da Barra, onde sem dúvida pela freqüente comunicação comercial com a corte, se deveria primeiro desenvolver a epidemia. (...) Infelizmente minhas apreensões se realizaram: foi em Campos, e São João da Barra que o mal causou maiores estragos.”* (ANEXO III, pág. 8)

A importância de Campos como município estratégico no interior da província e os efeitos da epidemia aqui, podem ser medidos pelo volume de dinheiro mandado pelo governo provincial. No ANEXO III, pág. 7, podemos ver que Campos foi o segundo município a receber mais recursos em espécie (5:000\$000), ficando atrás apenas de Niterói (8:000\$000), que além de ser capital da província foi onde a doença apareceu primeiro. A preocupação do governo foi manifestada também em relação à estrutura urbana de Campos para enfrentar epidemias daquele porte, especialmente em relação aos enterros. Ao que parece, havia uma saturação dos cemitérios da cidade, tendo sido construído, rapidamente, em 1855, o atual cemitério do Caju, para receber as vítimas da doença. Entre os dias 26 de outubro e 12 de novembro, o cemitério já havia sepultado 750 mortos, sendo 2/3 escravos. (ANEXO III, pág. 30).

*“Pelo conhecimento que tenho desta cidade sabia que era de urgentíssima necessidade quanto antes remover do recinto dos templos os enterramentos dos cadáveres, e por isso tratei desde logo de ordenar a câmara que levasse a efeito com prontidão esta medida, mandando por a sua disposição dois contos de réis para as obras mais indispensáveis no terreno destinado para o novo cemitério público, cuja compra já o meu antecessor havia autorizado pela quantia de oito contos de réis, paga pelos cofres provinciais.”* (ANEXO III, pág. 27)

As *comissões sanitárias* formadas por ordem do governo para a direção dos serviços de emergência, mostram o nível de improviso da ação e o quanto a saúde da época, não contava com uma estrutura adequada para enfrentar situações críticas. O aparelho médico/sanitário do Estado era inexistente, estando ainda longe

do modelo de *medicina sanitaria* ou *polícia médica* que a República montaria depois. Nas *comissões*, como podemos ver no trecho a seguir, não havia autoridades médicas, embora a presença do provedor da *casa de caridade* local fosse recomendada, afinal seria ela quem iria contribuir com a parte mais pesada da ajuda às vítimas, já que eram as únicas instituições que mantinham hospitais permanentes. Chama a atenção também, a falta de funcionários apropriados e a indicação para que se buscasse na própria comunidade, indivíduos *inteligentes* dispostos a ajudar.

*“(...) nomeei em 21 do mesmo mês comissões sanitárias para os dez municípios da serra, compondo-as dos respectivos delegado de polícia, do presidente da câmara, do provedor da casa de caridade (quando houvesse no lugar) e de um ou dois facultativos, ou cidadãos inteligentes que residissem nas cidades ou vilas. (...)”* (ANEXO III, pág. 7)

Numa situação tão propícia como a provocada pelo cólera, a filantropia e a caridade não podiam deixar de se manifestar de forma intensa. São muitas as passagens do relatório onde se pode observar as doações em dinheiro, em alimentos, remédio ou serviços oferecidos pelos cidadãos, somando forças com o poder público para resolver a crise. O próprio Estado ao agir, deixava transparecer em seus discursos a ponta da caridade, com citações freqüentes aos donativos, dinheiro e medidas tomadas, sempre como se fosse uma atitude pessoal do governante e não uma ação de um órgão público: *mandei entregar aos pobres a quantia; mandei vender pelo preço justo; enviei médicos e medicamentos; despachei alimentos para serem distribuídos aos mais pobres*<sup>64</sup>. O vice-presidente da província também fez uma lista dos principais colaboradores em Campos e os respectivos valores das doações feitas por eles (ANEXO III, pág. 31).

*“As corporações particulares, ricos e pobres, todos deram provas de resignação e de humanidade, concorrendo cada um com o que podia para socorro e alívio de seus semelhantes mais infelizes.”* (ANEXO III, pág. 31)

A Santa Casa suportou o maior peso da epidemia. Embora nessa época já existisse a Beneficência Portuguesa em Campos e tivessem sido criadas outras enfermarias para o atendimento aos coléricos, a Misericórdia ainda era a principal

<sup>64</sup> Essas frases ou expressões não são citações literais, mas exemplos de formas de discurso as quais podem ser facilmente encontradas ao longo do documento analisado.

referência de tratamento e amparo para a maior parte da população, especialmente os mais pobres. Além disso, ela tinha considerável participação nos serviços funerários da cidade e no fornecimento de medicamentos, o que a tornava peça fundamental no esquema de emergência criado.

A Misericórdia tinha que cuidar dos doentes ricos, pobres e escravos, que chagassem à suas enfermarias, como também dos mortos sem recursos ou abandonados pelos familiares, sem contar a obrigação que tinha com os órfãos e os presos. O relatório faz duas referências diretas à postura da Misericórdia campista no envolvimento com a epidemia, mostrando o quanto dela foi exigido:

*“Em 31 do mesmo mês [outubro] comunicou-me o referido delegado [Costa Bastos] (...) que o cemitério da Misericórdia até o dia 25 recebera duzentos e trinta e tantos cadáveres, não obstante conter um pequeno terreno, quase no centro da população, e não havendo mais lugar em que se pudesse abrir sepultura. (...)” (ANEXO III, pág. 28)*

*“A Santa Casa da Misericórdia deu gratuitamente para o curativo dos pobres todos os medicamentos que existiam em sua botica, e prestou-se a mandar nella preparar os remédios feitos com as drogas enviadas por conta da província, dispensando assim o serviço dos farmacêuticos contratados pela presidência, para que pudessem ser empregados em outros lugares.” (ANEXO III, pág. 31)*

Os relatos do vice-presidente terminam em 26 de novembro, mas a epidemia entendeu-se ainda até o mês seguinte. O número de mortos em Campos está disperso ao longo da documentação, não havendo uma organização precisa dos dados, e isso possivelmente porque quando o relatório foi elaborado, a situação ainda não estava estabilizada. As informações sobre o número de vítimas do *cólera* são encontradas em FEYDIT (1900) e RODRIGUES (1988) a partir do senso populacional realizado no ano seguinte, em 1856, feito para apurar o impacto demográfico da doença. De acordo com esses dados, morreram **1.239** pessoas durante a epidemia, somente na área urbana de Campos, sendo que havia um total de **16.657** pessoas em todo o município. Dadas as deficiências do levantamento de informações da época, é possível que o número de mortes tenha sido maior do que o senso revela, principalmente nas freguesias mais distantes.

O balanço final sobre o *cólera* em Campos pode ser apreendido a partir das palavras do vice-presidente da província, que volta aqui a nos informar sobre a questão:

*“São estas as últimas notícias recebidas desde município [Campos dos Goytacazes], e a vista delas reconhecerá V. Ex. que o flagelo ainda ali continua, principalmente em algumas freguesias mais distantes da cidade. Faltam-me os dados necessários para apresentar a V.Ex. uma estatística das pessoas que tem falecido neste importante município, o qual sem dúvida foi de todos da província aquele que mais sofreu a epidemia: a perda de escravos consta-me ter sido considerável.” (ANEXO III, pág. 30)*

## **2.4 - Ideologias e práticas médicas em Campos dos Goytacazes;**

A Colonização da região onde, hoje, localiza-se a cidade de Campos dos Goytacazes começou por volta de 1539, a partir da doação ao Capitão *Pero de Góis* de 50 léguas de costa, feita pelo rei de Portugal D. João III (RODRIGUES, 1988). Trata-se, portanto, de uma região de colonização muito antiga que passou por todas as fases do Brasil colonial. Apesar da antiguidade do povoamento e da fundação da vila<sup>65</sup>, a Santa Casa de Misericórdia local só foi criada no final do século XVIII, relativamente tarde em comparação com outros lugares. A Capitania do Paraíba do Sul e a própria área onde está localizada Campos dos Goytacazes hoje, foi durante muito tempo palco de intensos conflitos entre poderosos senhores para definir a quem pertencia o domínio da região.

A população local acabou envolvida nas disputas pelo controle da Capitania, como comprova a luta de Benta Pereira e aliados contra o domínio Asseca.<sup>66</sup> Essas disputas, por vezes muito violentas, tornaram a vida político-econômica instável por muito tempo. A situação só se acalmou em meados do século XVIII quando a capitania foi revertida para o controle da Coroa Portuguesa, pondo fim as disputas entre os moradores, os herdeiros dos Asseca e os religiosos das ordens Jesuíta e Beneditina que, também a seu modo, se aproveitavam da indefinição para ampliar o controle sobre terras e gado (FEYDIT, 1900). De acordo com FARIA (1998) foi por volta da segunda metade do século XVIII que a vila ganhou certo impulso econômico e populacional, com a passagem da atividade pecuária, dominante na região até então, para agro-manufatura do açúcar.

---

<sup>65</sup> Existem algumas divergências sobre a fundação da Vila de São Salvador dos Campos. De acordo com FEYDIT (1900) a povoação possuía em 1653 uma igreja matriz e a Câmara Municipal funcionava regularmente, porém, o ato oficial de tomada de posse da Vila por Salvador Correa de Sá aconteceu em 1677. É provável que a vila tenha sido fundada entre a construção da Matriz em 1649 e a primeira eleição para a Câmara Municipal em 1652 (FEYDIT, 1900).

<sup>66</sup> Sobre esse assunto ver os trabalhos dos memorialistas Alberto Lamego, Júlio Feydit e Hervé Salgado Rodrigues, que trazem fartas informações documentadas sobre os conflitos pela posse Capitania do Paraíba do Sul e da vila de São Salvador dos Campos.

A mudança política trazida pelo controle direto da Coroa e a atividade canavieira que rapidamente se expandia, atraiu para a vila pessoas de várias regiões. Foi rápido o crescimento do núcleo urbano com o incremento de novas atividades e o estabelecimento de profissões como carpinteiros, sapateiros, alfaiates, ourives, funcionários da administração municipal, militares e comerciantes, estes últimos atraídos pelos lucros crescentes gerados pelo açúcar (FARIA, 1998). Portanto, não foi uma coincidência a fundação da Misericórdia em Campos em 1790, num momento em que a vila passava por um processo expressivo de crescimento. A partir daquele momento justificava-se a presença de uma Santa Casa, não só pelo tamanho da população mas, sobretudo, pela possibilidade de manutenção de um hospital através da caridade promovida pelas camadas ricas de uma sociedade que estava rapidamente prosperando.

A fundação do hospital da Misericórdia representou um avanço considerável em termos médicos, pois os serviços de saúde disponíveis para a população em Campos até então, eram muito precários. Eles resumiam-se a existência de uma botica e ao atendimento de alguns médicos particulares, muito mais *práticos em medicina* do que propriamente profissionais formados por uma academia ou faculdade (FEYDIT, 1900). De acordo com o relatório do *Juiz de Paz* José Martins Pinheiro produzido por volta de 1829, mesmo no século XIX quando a região já tinha alcançado um crescimento considerável, não havia médicos em número suficiente na vila de São Salvador, apenas alguns cirurgiões e poucas boticas (VIEIRA, 2000).

A falta de serviços hospitalares conjugava-se com a péssima situação médico/sanitária na região. O espaço geográfico, onde se assentou o povoamento da vila, contribuía para que não houvesse boas condições de saúde. Apesar do clima ameno na longa planície situada a poucos quilômetros do mar, a região era recortada por grande quantidade de rios, lagoas e alagadiços, que tornavam as condições de vida da população muito difíceis nos primeiros tempos. O solo fértil e a exuberância das pastagens naturais foram descritos com entusiasmo por muitos cronistas, mas a condição de terra cercada de água tornava a região um campo propício para a proliferação de doenças, especialmente as típicas do clima tropical (LAMEGO, 1974). Soma-se a isso, as próprias modificações que a ocupação humana provocou no ambiente, com a conseqüente degradação do espaço, especialmente na área urbana, onde ocorreu a contaminação das lagoas e brejos por dejetos e lixo.

As doenças endêmicas eram o maior problema para os moradores. Já mencionamos a presença de *febres reinantes*, mas também havia outras incidências como as doenças pulmonares, alérgicas, tétano, difteria, beri-beri, entre outras. LAMEGO (1951) relata que em 1849 a Câmara municipal pediu ajuda a Misericórdia para o fornecimento de remédios para os doentes atingidos pelas *febres*, o que a Santa Casa prontamente atendeu. No ano seguinte, em 1850, a Câmara agradeceu publicamente a ajuda da Misericórdia, por meio do jornal *Monitor Campista*, além de pedir a irmandade o número de mortes provocadas pela doença. Embora as fontes da Santa Casa não tragam dados específicos sobre o assunto, a preocupação da Câmara em pedir os números de mortos a Misericórdia, é um sinal de que podem ter sido muitos os casos de *febres* com considerável número de vítimas fatais.

Além das febres, a varíola também era praticamente endêmica em Campos, especialmente entre a população escrava, com as primeiras manifestações da doença sendo registradas a partir de 1823 (LAMEGO,1951). O cólera, que se fez presente tragicamente na grande epidemia de 1855, voltando com menor intensidade em 1867, era a mais temida de todas, sendo apelidada pela população de *peste*. Quando os irmãos da Misericórdia campista rejeitaram o privilégio do monopólio dos enterros na cidade em 1873, apresentaram como justificativa, entre outros motivos, a possibilidade de epidemias constantes na região que provocavam grande número de mortes, o que tornaria a obrigação da Santa Casa com os enterros, um problema grave se ela tivesse que se encarregar sozinha deles.

No episódio do pedido de ajuda da Câmara municipal à Santa Casa para o fornecimento de remédios relatado acima, fica evidente a força que tinha a Misericórdia. Não é importante aqui se os remédios solicitados foram pagos depois pela Câmara ou não, o que acreditamos que não ocorreu. O que importa no caso, é o fato do poder público não ter instrumentos para agir imediatamente na situação, porque em condições normais não se encarregava da saúde ficando patente seu despreparo. Mais uma vez a caridade e o padrão filantrópico de conduta diante das questões sociais se impôs de forma gritante, chegando ao ponto do Estado pedir socorro à sociedade.

As condições sócio-econômicas em Campos contribuía para a ação da filantropia. Apesar da prosperidade crescente no final do século XVIII e durante o século XIX, grande parte da população vivia em estado de pobreza e isso sem contar os escravos, presentes sempre em grande número. Na realidade o exercício da caridade era uma necessidade diante das carências crescentes, num espaço

urbano em expansão. O que fazer com os doentes, as crianças desamparadas, os loucos e os mortos, se não havia uma estrutura pública que se encarregasse deles? A sociedade brasileira em formação, aprendeu desde cedo que tinha que contar com seus próprios recursos e quando recorria ao poder, o fazia não reivindicando direitos que entendia como seus, mas acionando os sentimentos caridosos, buscando as benesses de uma relação paternalista longamente cultivada.

A mudança do sistema político no país em 1889 não trouxe melhorias imediatas para os problemas em questão, continuando a filantropia a ocupar um espaço considerável na sociedade. A Santa Casa, símbolo máximo do padrão caritativo/filantrópico, continuou sendo em Campos dos Goytacazes uma instituição de extrema importância para a assistência social, embora suas velhas dificuldades ainda permanecessem. Em 1891, ano da Constituição Republicana, o balanço *compromissal* (1890/1891) acusou um déficit de 10:444\$511 réis causado em parte, pela falta de pagamento da Câmara do subsídio para o cuidado dos expostos. Nesse caso o poder público não cumpriu a parte que lhe cabia, deixando a Misericórdia sozinha.

Os problemas financeiros da irmandade levaram os irmãos a propor a mesa em 1898, na administração do provedor Benedito Galvão Batista, algumas medidas restritivas para controlar os gastos. Entre essas medidas, que o hospital só recebesse doentes dentro da quantidade estabelecida pelo Inspetor de Higiene e que fosse suspenso o fornecimento de remédios aos pobres externos (LAMEGO, 1951). Isso sugere que a Santa Casa atendia mais pessoas do que sua capacidade permitia, devido a falta de outros hospitais e, que o fornecimento de remédios aos pobres foi uma prática comum que se prolongou no tempo.

No mesmo relatório de 1898 foi feita a proposta de se recorrer aos governos de Minas Gerais e do Espírito Santo para o fornecimento de uma ajuda à Santa Casa campista, por causa dos constantes atendimentos de doentes vindos daqueles Estados. A ausência de serviços médico/hospitalares era tão grande, que os hospitais que existiam, leigos ou religiosos, acabavam recebendo pessoas de locais muito distantes de suas sedes. Como o atendimento era filantrópico/caritativo, ou seja, não era um sistema oficial, não havia nenhum problema do governo de um Estado ajudar uma entidade de outro Estado, já que a caridade não reconhecia fronteiras federativas.

*“Os abaixo assinados, no intuito de melhorar a situação em que se acha, atualmente, esse pio estabelecimento, que tantos e relevantes serviços tem prestado a humanidade desvalida, que corre em busca de seu auxílio, vendo que é mister que todos nós, em comum, e cada um por si, compenetrando-se desse sentimento humanitário, não se negue a concorrer com o seu óbolo em prol desse estabelecimento de caridade apresentam a consideração da digna Administração o que se segue: (...) angariar donativos na cidade e nas freguesias rurais; oficiar aos governos de Minas e do Espírito Santo pedindo para auxiliar a Santa Casa, atendendo aos serviços que presta aos doentes dessas procedências; oficiar as redações dos jornais, pedindo fazer um apelo ao povo fluminense a fim de enviar donativos; (...)” (Relatório da Santa Casa 1898, pág. 4)*

O último relatório anual foi publicado em 1899. Depois dessa data os provedores da Misericórdia campista deixaram de tornar público os balanços dos anos compromissais e de suas administrações, produzindo relatórios que tiveram apenas circulação interna. Os dados que utilizamos para os anos posteriores a 1899 foram recolhidos a partir de LAMEGO (1951) e em atas avulsas que encontram-se no arquivo da Santa Casa. Infelizmente não nos foi possível examinar todo o volume da documentação presente nesse acervo, de modo que nos concentramos naqueles que eram os mais relevantes para a pesquisa. Priorizamos os documentos que trouxessem informações sobre as fontes de financiamento da Irmandade e sua relação com o poder público.

A Santa Casa campista passou por um longo período de estabilidade administrativa com a provedoria de Arthur Emiliano da Costa, que dirigiu a entidade de 1903 a 1923. As contas do período se encontram no ANEXO II (item 2.4) e através delas é possível ver que a Misericórdia oscilou muito com anos deficitários e outros de contas no lugar. Não houve alterações significativas no perfil da irmandade, em suas ações ou estratégias para manter-se funcionando. A única mudança na relação entre o poder público e a instituição, que encontramos na documentação, foi a exigência do governo estadual para que a Misericórdia permitisse ser fiscalizada pelos órgãos de saúde que estavam sendo criados, como condição para manter os privilégios. A ideologia da *polícia médica e o sanitarismo*, marcantes durante a *Primeira República*, possivelmente estavam na origem de tal exigência.

No relatório da gestão que encerrou-se em 1923, novamente encontramos em vários trechos informações relativas a importância médico/hospitalar da Misericórdia em Campos. Os dados mostram que ela continuava recebendo doentes de Minas Gerais, Espírito Santo e de outras cidades do Estado do Rio de Janeiro, excedendo, segundo os relatórios, sua capacidade financeira e instrumental. O discurso filantrópico/caritativo continuava forte, com o apelo do provedor para que a sociedade ajudasse a Misericórdia.

*“(...) Infelizmente essa instituição na tem sido lembrada, convenientemente, por aqueles que, amparados pela sorte, bem podiam, sem prejuízo dos seus, derramar um pouco do seu supérfluo, pelos infelizes que, sem teto protetor, jamais deixaram de encontrar agasalho e conforto nesta nobre Casa, sempre de portas abertas para quem dela se socorresse. (...)” (Relatório da Santa Casa 1922/1923, pág. 10)*

*“(...) Assim o patrimônio, que devia dia a dia crescer, de há muito se encontra estacionário, mantendo-se insuficiente para as mais imprescindíveis necessidades. E sabeis porque isso acontece? Pelo desconhecimento de muita gente das forças econômicas da instituição. Há quem a julgue aparelhada para o desempenho de sua elevada missão. Há, até, quem a considere rica.” (Relatório da Santa Casa 1922/1923, pág. 11)*

Apelar para que os mais ricos contribuíssem com os necessitados, mesmo quando já se vivia a fase republicana, significa para nós duas coisas importantes. Primeiro, a caridade arraigada nas práticas sociais resistia como padrão de ação para os mais pobres, ao invés da promoção de iniciativas de inclusão. Segundo, denuncia que a República nos seus primeiros anos não conseguia ou não tinha a intenção de fazer emergir as necessidades sociais como prioridade, daí não fazer nada para melhorar o quadro, deixando que as entidades filantrópicas agissem.

Tudo que foi visto até aqui, indica que o século XX e a República não trouxeram mudanças radicais para o quadro da saúde e da assistência social em Campos nos seus primeiros anos. As primeiras décadas confirmam o padrão anterior com mudanças apenas no que tange a parte de fiscalização sanitária e intervenção urbana. A assistência hospitalar continuou em larga medida entregue a caridade pública e a iniciativa particular, embora se observe uma maior presença da Câmara e da Prefeitura na tentativa de intervir no espaço urbano através de medidas

sanitárias. A preocupação com reformas que pudessem melhorar as condições urbanas da cidade, começaram a se manifestar ainda no final do século XIX, ganhando força no século seguinte no que acompanhou o restante do Brasil.

Os representantes do *sanitarismo* na cidade estavam concentrados na imprensa da época, especialmente na revista *A Aurora*, nos círculos intelectuais e, sobretudo, entre a classe médica. Os políticos que atuavam na Câmara Municipal também se aproximavam do ideário de intervenção que o sanitarismo preconizava. Sobre essa questão, são muito significativos os elementos levantados por POHLMANN (2003) através da pesquisa sobre a revista *A Aurora*<sup>67</sup> (*Lettras – Artes – Ciências*) e sua influência na construção do discurso sobre a cidade moderna.

O estudo de PHOLMANN (2003) fez uma análise enriquecedora para a compreensão das condições sanitárias em Campos dos Goytacazes e das ações do poder público no período que abordamos. Os dados levantados pela autora evidenciam, entre outras coisas, uma presença maciça dos médicos no comando da cidade desde o final do século XIX, mostrando a presença do sanitarismo cada vez mais forte no país. Na Câmara Municipal como presidentes, ou mais tarde como prefeitos do município, é impressionante a influência política que os médicos tiveram em Campos. Nos primeiros 32 anos do século XX, ou seja, período que corresponde a grande parte da Primeira República, o cargo de vereador, presidente da Câmara e de Prefeito, era ocupado majoritariamente por médicos (POHLMANN, 2003). A presença marcante deles na administração pública da cidade, reforçou ainda mais as intervenções sanitárias no espaço urbano, mas não mudou a postura do poder quanto ao atendimento médico/hospitalar.

O projeto de reforma urbana de Campos dos Goytacazes não era novo. Por volta de 1845 o engenheiro Amélio Pralon elaborou um Plano Urbanístico para a cidade que, no entanto, não foi totalmente executado (PAES, 2001). O plano tinha o objetivo de melhorar as condições de higiene e saúde, além do embelezamento do espaço urbano. Coube ao engenheiro Saturnino de Brito, nomeado pela Câmara Municipal em 1902, executar o Plano Urbanístico de Campos. Brito partiu do plano anterior de Pralon, procurando dotar a cidade de melhor circulação de ar e iluminação, através da abertura de ruas e demolição de casas. Constam dessa reforma a demolição de casas na antiga rua D. Pedro (atual 15 de novembro) e

---

<sup>67</sup> Sobre o sanitarismo em Campos dos Goytacazes, reformas urbanas e discursos da revista *A Aurora*, ver *O discurso higienista na construção da cidade moderna: o papel da revista A Aurora – Lettras – Artes – Ciência*.

alargamento da mesma, além da eliminação dos cortiços que existiam em volta da Lagoa do Furtado<sup>68</sup> (PAES, 2001). Ao mesmo tempo em que se percebe a ação da Câmara Municipal e depois dos Prefeitos nas reformas da cidade e na luta contra as epidemias, os serviços de saúde, para a população em geral, continuavam entregues à caridade dos religiosos ou a filantropia dos poderosos. A presença do Estado ainda limitava-se à ação de controle, criando restrições à circulação de pessoas, fiscalizando as moradias populares, proibindo atividades urbanas consideradas perigosas.

As condições gerais de saúde da população, também, continuaram ruins em Campos durante as três primeiras décadas do século XX. Apesar dos esforços das medidas sanitárias e das intervenções urbanas, os surtos epidêmicos eram recorrentes, como o de *peste bubônica* em 1906, por exemplo.

*“(...) Até que no dia 14 de agosto (...) explodia um caso de peste bubônica. Era o retorno, porque desde 1892, quando o Dr. Pereira Nunes pedia providências conta a ‘Campos Syndicate’, atribuindo aos encanamentos daquela empresa casos de peste bubônica, que ano após ano o então chamado ‘mal levantino’ comparecia regularmente ceifando vidas. Em 1895, 1901, 1902. Em 1901, quando os médicos Lacerda Sobrinho e Ramiro Braga usavam o aparelho Clyaton para a desinfecção da rede de esgotos, morreram em três meses 103 pessoas. Em 1902 o mal atacou 213 pessoas, das quais morreram 115”. (RODRIGUES, 1988)*

Com o desenvolvimento da sociedade e os avanços científicos, a filantropia/caritativa informada por um sentimento religioso e humanitário, foi sendo substituída pela iniciativa de outros grupos sociais. O espaço foi sendo ocupado por novas formas de ação social voltadas para a saúde. É esse o caso da fundação das sociedades médicas em Campos dos Goytacazes, produto da união dos médicos para agir em conjunto sobre os problemas que envolviam falta de investimentos oficiais em pesquisa, ensino e hospitais.

A primeira sociedade médica da cidade foi fundada em 1878, recebendo a denominação de *Sociedade Médico Farmacêutica e Beneficente de Campos*. Foi motivada pela epidemia de Beri-beri que apareceu em 1872 e ainda se fazia presente no momento da fundação da Sociedade. Diante da falta de conhecimentos científicos e maiores informações sobre aquela e muitas outras doenças, os médicos

---

<sup>68</sup> A lagoa do Furtado desapareceu posteriormente com a construção do canal Campos-Macaé. Ela estava situada no perímetro urbano de Campos, no espaço onde hoje existe o atual prédio da Câmara Municipal e o Parque Alberto Sampaio.

resolveram reunir-se para discutir o assunto e fundaram a entidade que trazia em seu nome o sintomático título de *beneficente*. A *Sociedade Médico Farmacêutica*, no entanto, teve vida curta.

Em 1921 a iniciativa dos médicos volta a se fazer presente, dessa vez com a fundação da *Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia* (SFMC) que existe até hoje. Com propósitos semelhantes aos da predecessora, mas agora com objetivos mais ambiciosos, a Sociedade constituiu-se em importante força na promoção da melhoria das condições de saúde pública, da medicina e dos hospitais na região (PAES, 2001). A partir da sua organização inicial, a SFMC fundou outras instituições como o Hospital Policlínica de Campos, criado em 1926, que atendia a população pobre. Nos anos seguintes a SFMC foi estruturando-se e ampliando sua ação, com a criação de um hospital marterno-infantil, da Fundação Benedito Pereira Nunes e da Faculdade de Medicina de Campos<sup>69</sup>, mantida e dirigida hoje pela referida fundação. Toda essa trajetória aponta novamente para a questão que tem sido nossa companheira constante até aqui: a falta de ação do poder público obrigando a sociedade a mobilizar-se para resolver suas carências.

Assim como antes atuaram os irmãos da Misericórdia, os médicos associados passaram a agir através da SFMC, porque em plena década de 1920 ainda era precária a assistência oficial. Percebe-se com isso, que a caridade puramente religiosa estava sendo lentamente substituída pela iniciativa de novos elementos da sociedade civil, organizados em torno de um projeto de ação para a saúde.

*“A Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia foi fundada em 24 de janeiro de 1921. (...) Com recursos provenientes de eventos esportivos e sociais, organizados por médicos e suas famílias, de contribuições de vários segmentos e expressiva doação de um grande comerciante da cidade, Sr. Admardo Torres, Dr. Benedito G. Pereira Nunes construiu o edifício na esquina da avenida Alberto Torres com Voluntários da Pátria. (...)” (PAES, 2001)*

A falta de políticas públicas que superasse a intervenção sanitária pontual, é notada em Campos também, na luta da comunidade para reformar a *Santa Casa*<sup>70</sup>,

---

<sup>69</sup> O prédio onde hoje funciona a Faculdade de Medicina de Campos, fundada em 1967, foi a sede construída pela SFMC para abrigar a entidade e a Policlínica. O terreno na Av. Alberto Torres, era ocupado originalmente pelo antigo cemitério do Quimbira pertencente a Santa Casa de Misericórdia de Campos, que foi doado depois à Prefeitura de Campos. Na gestão do prefeito e médico, Dr. Luiz Sobral, o terreno foi cedido para a SFMC. É interessante, nesse caso, ver como as trajetórias da Misericórdia e da SFMC indiretamente se cruzaram.

<sup>70</sup> O resultado dessa reforma foi a construção de um novo prédio (onde funciona a Santa Casa até hoje) para abrigar o hospital, em substituição ao histórico edifício da Misericórdia no centro da cidade.

que era ainda naquele momento o principal hospital da cidade. Somente com a iniciativa particular dos provedores e empresários da região, é que foi construído um novo prédio em 1944, onde funciona o hospital até hoje. Mesmo depois de concluídas as obras, demorou para que o hospital fosse definitivamente instalado no local por causa da falta de recursos. Simplesmente não havia dinheiro para aparelhar o hospital. A ausência de ações que beneficiassem a maioria da população e o descaso das autoridades, marcas registradas do *estado oligárquico*, aparecem nesse caso com bastante clareza.

A ausência até 1930 de um projeto do poder público para resolver os problemas sociais, explica em grande parte a permanência das ações particulares. Informadas por um discurso religioso no passado, essas ações ganham no século XX com a República, outro formato, mas ainda continuaram ocupando um espaço fundamental na sociedade, suprimindo carências e cuidando da população pobre.

### Capítulo III – O Longo Braço da Misericórdia: a permanência e o domínio da filantropia nas ações do Estado republicano brasileiro (1889-1930);

*“Como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra o seu preço”. (A Revolução Burguesa no Brasil – Florestan Fernandes)*

O regime republicano implantado em 1889, embora tenha realizado mudanças político-administrativas significativas no país, não promoveu a inclusão política e social dos amplos segmentos da população que a Colônia e o Império tinham sistematicamente mantido à margem. O desencanto com a República, imaginada por muitos como a solução última para romper com o “atraso” do Brasil, logo se fez notar em expressões como *república das ilusões perdidas* ou na famosa frase de Aristides Lobo para quem *o povo assistiu a tudo bestializado*<sup>71</sup>. Mas para além das desilusões com a República, importa aqui perceber o que efetivamente significou a mudança no sistema político para as questões sociais e em especial para a saúde.

A permanência do padrão de filantropia e caridade era ainda muito visível mesmo com a República, embora acrescido de outros elementos e de novos atores. Não se pode negar que houve certa mudança na postura do Estado a partir de 1889, com a formulação de uma política de saúde pública embrionária, preocupada com os efeitos das doenças sobre o desenvolvimento econômico do país, que as intervenções urbanas e o sanitarismo, tão bem representaram. No entanto, a essência da relação do Estado com as necessidades básicas da população não mudou. Ela permaneceu mediada por entidades filantrópicas, de ajuda mútua, religiosas ou leigas, só que a partir de então, informada por novos conceitos e novos discursos. Dessa forma, a saúde pública e a assistência social num âmbito mais amplo, continuaram até 1930, dominadas em grande parte por organizações da própria sociedade, sendo o Estado um parceiro auxiliar, que não assumia responsabilidades amplas.

---

<sup>71</sup> Aristides Lobo foi um dos mais destacados propagandistas da República e fiel combatente pela causa republicana no Brasil. Sua frase sobre a participação popular no movimento de 15 de Novembro 1889, expressa o sentimento geral de muitos republicanos históricos quanto aos rumos do novo regime. Imediatamente após a Proclamação, já era claro o descontentamento de muitos com a falta de transformações estruturais que a República tanto prometia e que não conseguia realizar.

O Estado brasileiro pós-1889, adotou em sua relação com a população uma postura liberal, que na prática já vinha se desenvolvendo com o Império (CARVALHO, 2000). Durante o período da chamada República Velha (1894-1930)<sup>72</sup> o *liberalismo brasileiro* jogava sobre o *trabalho formal* a responsabilidade em diminuir a miséria das massas empobrecidas, de modo que cada trabalhador deveria buscar formas de superar sua condição e de prover suas necessidades através do emprego, tendo o Estado uma função muito limitada para essa finalidade. O trabalho era apontado pelos liberais como condição e ao mesmo tempo, mecanismo de inclusão parcial na sociedade formal, mediada por relações de mercado.

O problema da ordem liberal implantada pela nascente República, era que o país vivia basicamente de uma economia agro-exportadora, recém-saída da escravidão, capitalista dependente e que, portanto, era incapaz de incluir de forma efetiva, massas trabalhadoras que deveriam buscar no mercado formal de trabalho os meios de afirmação e inclusão social. O próprio mercado formal era muito limitado em face da baixa industrialização e da pequena concentração urbana do país.

Estabelecer como condição para o acesso à cidadania o vínculo com o trabalho formal, prática liberal-burguesa comum nos países de industrialização avançada, era um artifício que tinha pouco efeito transformador no Brasil do período de 1889 a 1930. Num ambiente sócio-político dominado por elites agrárias nada modernas, o Liberalismo só funcionava na esfera puramente econômica, com o *clientelismo* e o *mandonismo*<sup>73</sup> sendo a regra nas relações entre patrões e os imensos contingentes de mão-de-obra rural. Até mesmo a máxima liberal de que *todos são iguais perante a lei*, tinha dificuldade de firmar-se no Brasil oligárquico, em que a *justiça parava na porteira das fazendas*.

*“(...) Politicamente, somos de vocação liberal, mas de um liberalismo fundado nas tradições do poder pessoal e do clientelismo, seus opostos. A contradição tremula na bandeira nacional: ‘Ordem e Progresso’. Entre nós, o progresso tem se subordinado ao primado da ordem, mesmo quando parecemos convictamente modernos.” (MARTINS, 2000)*

---

<sup>72</sup> A fase de 1889 a 1894 é geralmente tratada pela historiografia como de acomodação da mudança, caracterizada pela presença marcante dos militares representados pelas figuras dos Marechais Deodoro da Fonseca e Floriano Peixoto, sendo por isso chamada por alguns autores como a *República da Espada*. A partir de 1894, contudo, o poder institucional é transferido para as elites oligárquicas, com a eleição dos presidentes civis e a montagem do sistema representativo formal republicano, marcado por forte tendência liberal no trato das questões sociais e conservadora no que tange a participação política e direitos civis.

<sup>73</sup> Sobre os conceitos de *clientelismo* e *mandonismo*, ver *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro (1930-1983)* e Victor Nunes Leal, *Coronelismo, Enxada e Voto* .

As contradições da modernidade no Brasil apresentam-se de forma nítida na permanência de estruturas sócio-culturais tradicionais, em meio a significativos avanços das forças econômicas e do capital. Dessa forma, essas estruturas não modernas se colocavam, e de certo modo ainda se colocam, como barreiras quase insuperáveis para que o trabalho formal, visto como um valor de delimitação de direitos, pudesse exercer ação inclusiva para as massas (MARTINS, 2000). SANTOS (1998), ao analisar as tendências funcionais do capitalismo atual, apresenta algumas considerações que parecem válidas também para o contexto sócio-econômico organizado pelo regime liberal da República Oligárquica<sup>74</sup>:

*“No modelo da contratualização social da modernidade capitalista, o trabalho foi a via de acesso à cidadania, quer pela extensão aos trabalhadores, dos direitos civis e políticos, quer pela conquista de direitos novos, específicos (...) A erosão crescente desses direitos, combinado com o aumento do desemprego estrutural, conduz à passagem dos trabalhadores de um estatuto de cidadania para um estatuto de lupencidadania.”* (SANTOS Apud. MESTRINER, 2001)

A tendência liberalizante da República Velha somou-se ao padrão filantrópico caritativo no trato dos graves problemas da saúde e das questões sociais em geral. Com isso, consolidou-se uma tradição no Brasil em que o Estado ficou sendo o último a agir sobre as necessidades sociais, comportando-se como um simples intermediário entre o público e o privado. Essa postura pode ser melhor entendida através da observação do princípio da *subsidiariedade*, diagnosticado e definido por autores como MESTRINER (2001) e ÁVILA (1991).

Já destacamos em capítulo anterior desta dissertação, o comportamento do Estado brasileiro durante o Império e a República, em suas várias instâncias, agindo apenas nos momentos de crise, de forma intervencionista e muitas vezes autoritária, e entregando em tempos de normalidade para a sociedade, a responsabilidade de cuidar de si mesma<sup>75</sup>. Essa característica tão marcante do poder público fica mais clara com a análise da *subsidiariedade*, nos ajudando a entender por que a questão

---

<sup>74</sup> Usaremos ao longo do capítulo as duas expressões, *República Oligárquica* e *República Velha*, que já se tornaram comuns na literatura sobre o tema, em referência ao período 1889-1930.

<sup>75</sup> Os exemplos desse modo de agir são encontrados nos momentos de epidemias, nas intervenções urbanas sanitárias e nas campanhas médicas promovidas durante a República Velha.

social no Brasil teve dificuldades em emergir como política estatal. Através dela o Estado estabeleceu com a sociedade uma relação baseada na utilização de subsídios ou provisões, isenções e privilégios, convênios e parcerias, para as entidades assistenciais, hospitais, asilos e orfanatos. (MESTRINER, 2001).

Na relação com a Misericórdia no passado colonial e durante o Império, a *subsidiariedade* ainda não estava totalmente definida mas já se misturava às formas simbólicas e práticas de atuação caritativas informadas por um forte conteúdo religioso. Tratava-se em essência, do mesmo princípio que a República posteriormente utilizaria, sendo evidentes os exemplos dos subsídios e da parceria do poder público com a sociedade, no caso das Santas Casas de Misericórdia<sup>76</sup> e depois com as entidades assistenciais não religiosas no século XX.

As Misericórdias recebiam no passado ajuda em forma de provisões para cuidar dos órfãos e dos doentes, além dos vários privilégios e isenções previstas em decretos e leis municipais ou provinciais, o que as entidades sem fins lucrativos continuaram recebendo depois. Com isso, o poder público ficava livre de assumir responsabilidades amplas sobre as carências da população, mas estimulava a sociedade para que o fizesse, confirmando na longa duração uma ideologia do favor do Estado, que o clientelismo da República Velha ampliou nas primeiras décadas do século XX.

Conceitualmente a *subsidiariedade*<sup>77</sup> define-se como o princípio que regula as relações do Estado com as pessoas individualmente, com os grupos sociais e com as comunidades, determinando os limites de ação e de intervenção do poder. Basicamente o que a *subsidiariedade* prega é que o poder público deve auxiliar as pessoas ou as organizações sociais, sem no entanto, impedi-las de realizar ações de melhoria da sociedade por seus próprios meios e esforços. Nesse sentido, os governos devem comportar-se apenas de forma complementar nos processos de ação social, assumindo uma posição de parceiro que subvenciona, mas que entrega para o corpo social a iniciativa da ação.

---

<sup>76</sup> No caso das Misericórdias a presença da subsidiariedade era mínima, porque também era mínima a ajuda fornecida pelo Estado. Ela se manifestava especialmente na concessão de favores e privilégios à irmandade e menos no fornecimento real de ajuda em dinheiro, embora na segunda metade do século XIX tenha se tornado comum o estabelecimento de provimentos anuais em favor dos órfãos e doentes atendidos pela Santa Casa.

<sup>77</sup> *Subsidiariedade*: de subsídio, que significa benefício ou auxílio que se dá a alguém ou a algum empreendimento.

A manifestação teórica da *subsidiariedade* ocorreu com a formulação da Doutrina Social da Igreja<sup>78</sup> (DSI). Fundamentada na idéia de anterioridade natural dos indivíduos, das famílias e das sociedades sobre o Estado, a conservadora DSI definiu que o poder público deveria agir para promover o bem comum, coordenando os esforços dos grupos sociais, criando condições para a realização de seus fins, organizando meios para a execução das tarefas definidas pelo corpo social, mas nunca assumir as funções da sociedade. O Estado não deveria anular a iniciativa individual e nem ocupar o lugar do cidadão no que tange as ações sobre sua vida e a de sua comunidade.

Numa visão geral da DSI, percebe-se com clareza a premissa de que o Estado deveria ser um grande órgão de coordenação dos esforços das sociedades, permitindo uma integração que levaria ao fortalecimento das comunidades que poderiam agir por conta própria de acordo com suas necessidades. O corpo social fortalecido pelo auxílio do poder público teria condições de cuidar de seus problemas imediatos e futuros, devendo o Estado apenas zelar para que sociedade tivesse as condições necessárias para tais fins (ÁVILA, 1991).

Desenvolvida no final do século XIX, a DSI visava dar uma resposta ao marxismo e ao socialismo, sendo muito evidente sua inspiração liberal, embora encoberta por um discurso contra o capitalismo frio e calculista. Sem assumir uma defesa explícita do capital sem limites, a DSI apelava inclusive, para uma harmonia entre patrões e empregados, uma busca pela solidariedade entre os indivíduos como forma de diminuir as desigualdades sociais e promover a justiça social e o progresso humano. O que no entanto importa analisar aqui, é que ela desobrigava o poder público de assumir funções amplas, de promover políticas efetivas de inclusão das massas e de combater a pobreza. Tinha sobre o Estado o mesmo efeito da adoção dos princípios liberais.

No Brasil republicano a *subsidiariedade* encontrou terreno fértil para se desenvolver, dando ao padrão filantrópico caritativo, que já existia, uma nova lógica de funcionamento marcada pela presença maciça das entidades sem fins lucrativos

---

<sup>78</sup> A Doutrina Social da Igreja encontra-se presente em vários textos e pronunciamentos da Santa Sé, com destaque para os que foram produzidos pelos Papas Leão XIII e Pio XI. Entre os documentos doutrinários mais importantes para as questões sociais, destaca-se a Encíclica *Rerum Novarum* elaborada pelo Papa Leão XIII em 1891, conhecida como carta sobre a condição dos operários. Embora tenha sido o primeiro documento formal a tratar do assunto, a *Rerum Novarum* de Leão XIII não fazia referência direta a *subsidiariedade*, mas deixava claro em suas proposições tal princípio. Coube a Pio XI em documentos posteriores, a tarefa de invocar explicitamente a *subsidiariedade* como forma principal de ação do Estado, definindo o que a Igreja considerava correto em termos cristãos para a boa relação entre sociedade e governo.

ou de interesse social. Tanto na filantropia-caritativa religiosa presente durante o Império, quanto no padrão subsidiário adotado pela República, o que importa perceber é que o Estado brasileiro tratou historicamente a questão social como filantropia e benemerência, não significando a existência de direitos para a população. O poder público agiu através do estímulo à solidariedade dos grupos sociais para que buscassem resolver seus problemas por conta própria.

A mudança mais significativa que percebemos com a República, em comparação com o Império para a questão social, foi que o Estado passou a exercer uma ação fiscalizadora sobre as instituições filantrópicas, determinando quem receberia repasses públicos, baixando normas sanitárias sobre hospitais, regulando a caridade que antes funcionava com maior autonomia. Como o poder público continuou exercendo um papel secundário no trato do problema, não tendo a preocupação de criar um parâmetro para a questão, ficou com a função de zelar pela boa fé das entidades e da aplicação dos recursos (MESTRINER, 2001). É importante destacar que a frágil noção de *cidadania*<sup>79</sup> presente na sociedade brasileira e que a República não conseguiu mudar, também contribuiu em última instância para a formação desse quadro.

Os dilemas da cidadania no Brasil começam no seu suposto nascimento em meio a uma sociedade marcada pelo estigma da escravidão e da exclusão de imensas parcelas da população, as quais foram permanentemente negados direitos sociais e políticos. O Estado moderno desenvolveu-se na Europa em pleno conflito entre um mundo marcado por valores tradicionais e individualistas, de modo que a noção de cidadania foi sendo progressivamente construída em paralelo com um espaço público onde os indivíduos/cidadãos passaram a interagir e negociar politicamente (VELHO, 2000). O problema é que no Brasil da República Oligárquica, estavam ausentes as noções básicas de justiça e igualdade entre os indivíduos, daí a dificuldade do Estado republicano de tornar-se moderno, ao mesmo tempo em que a cidadania não emergia enquanto valor universal.

De acordo com VELHO (2000) em qualquer sociedade ou cultura, para que haja negociação e efetiva interação entre os indivíduos em situação de igualdade, é necessário que a idéia de justiça seja compartilhada por todos como um valor supremo. Dessa forma, a premissa básica de que todos são iguais perante a lei torna-se fundamental, mesmo que haja discordância quanto às formas de aplicação

---

<sup>79</sup> Sobre o conceito de cidadania, ver na introdução desta dissertação a concepção que adotamos a partir de Liszt Vieira.

da justiça<sup>80</sup>. Portanto, faltava à sociedade brasileira do período de 1889 a 1930, elementos essenciais para que a cidadania se desenvolvesse de forma moderna, com o Estado sendo incapaz de romper com o círculo das forças conservadoras atuantes através da patronagem, do clientelismo e do personalismo<sup>81</sup>.

*“(...) Trata-se, claramente, de uma situação em que a cidadania não se impôs como valor nem implementou mecanismos democráticos que possibilitassem o desenvolvimento de um sistema socio-político minimamente satisfatório para a maior parte da população.” (VELHO, 2000)*

Parece claro que tanto o Estado brasileiro quanto à sociedade, mesmo depois de 1930 quando começaram a modernizar-se, admitiam a cidadania, mas não eram capazes de implementá-la na prática. A retórica da igualdade até que avançou pós-30, mas não se materializou em ações maciças de inclusão, de modo que nem a sociedade incorporava a consciência da cidadania nem o Estado era capaz de garanti-la através de mecanismo democráticos modernos (MESTRINER, 2001). Os reflexos dessa condição para a saúde e para os problemas sociais do país foram desastrosos, com a permanência de uma postura histórica de descaso, omissão e desamparo, validada pela distribuição de favores aos carentes.

*“(...) Uma combinação incongruente, porque o nacionalismo que dá forma ao nosso desenvolvimentismo propugna o moderno sem propugnar a modernidade. Acata e legitima as formas modernas, a racionalidade do lucro, a organização racional do trabalho, o espetáculo colorido da comunicação de massa, mas é ao mesmo tempo conservador, resistente a um modo de vida, o da modernidade, e às perturbações sociais que poderiam resultar da disseminação das diferenças (...) e de uma verdadeira concepção do privado e da vida privada.” (MARTINS, 2000)*

Com o padrão subsidiário adotado pela República, emerge um vasto e heterogêneo conjunto de instituições sem fins lucrativos, complementares as obras religiosas predominantes por séculos no Brasil. Ainda assim, o braço da misericórdia continuou agindo, já que o princípio que orientava essa nova realidade, era o mesmo

---

<sup>80</sup> VELHO argumenta que quando menciona a justiça, não se refere ao judiciário ou ao poder de punição do Estado, mas a um conjunto de valores e concepções que fundamentam a idéia de igualdade de todos os indivíduos, permitindo o bem-estar pessoal e social.

<sup>81</sup> Sobre o conceito de *personalismo* ver a obra de Sérgio Buarque de Holanda, em especial *Raízes do Brasil* (referência completa na bibliografia da dissertação).

filantrópico caritativo anterior que as Santas Casas de Misericórdia representaram no passado.

### **3.1 – Mudança no perfil da caridade;**

Nas primeiras décadas do século XX (1900-1930), durante a Primeira República, ocorreu uma significativa mudança no perfil das instituições filantrópicas e assistenciais. Embora sua inspiração e prioridade continuassem as mesmas, ou seja, amparar os necessitados através da ajuda caritativa, ocupando os espaços deixados pela ausência de políticas públicas de inclusão, as entidades tornaram-se mais sociais e menos religiosas. O predomínio da Igreja Católica e das irmandades, cujo maior exemplo foi a Santa Casa de Misericórdia em Campos e no Brasil, foi sendo progressivamente “dividido” com organizações de classe média, profissionais e comunitárias.

O discurso religioso presente nas obras pias, foi cedendo lugar para uma visão que percebia a necessidade de ações sociais e iniciativas particulares da chamada sociedade civil sobre a saúde, os idosos, os doentes mentais, os órfãos e os pobres. O trato dos problemas sociais saiu da esfera puramente religiosa para ingressar como um problema de toda a sociedade, de modo que não poderia continuar entregue somente aos abnegados irmãos e irmãs, que dedicavam suas vidas aos necessitados na esperança de se salvarem depois da morte.

Essa nova tendência não significou, contudo, que a situação tenha melhorado. O que ocorreu foi que o crescimento das cidades, o fim da escravidão, o ideário da *medicina social*, o *sanitarismo*, o surgimento de camadas médias urbanas desvinculadas do imaginário do *baronato* escravocrata, além dos avanços econômicos, colocaram o problema da saúde e da seguridade em novas bases, que o discurso religioso anterior não dava mais conta. Ocorreu então, algo parecido com o que aconteceu na Europa do século XVIII, em que a medicina e os hospitais deixaram de ser um assunto entregue aos religiosos, tornando-se objeto de controle mais rigoroso de outros agentes sociais (FOUCAULT, 1988).

A caridade religiosa não desapareceu nem foi substituída de imediato, como comprovam a permanência e a importância das Santas Casas de Misericórdia durante o período aqui analisado, como a de Campos dos Goytacazes por exemplo. O que se apresenta com o século XX e a República, é a *modernização* da filantropia

que passou a contar com instituições de várias origens, atuando ao lado das tradicionais obras de caridade religiosas e leigas. Para citarmos Campos dos Goytacazes novamente, é bastante significativo o aparecimento de organizações sem fins lucrativos para atuar sobre a saúde como foi o caso da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia (SFMC) ao mesmo tempo em que a Santa Casa continuava sendo o principal hospital público da região.

A composição das novas entidades assistenciais e a origem de seus membros, revela muito sobre a própria noção de igualdade presente no Brasil. A grande maioria das instituições atuantes na República Velha, especialmente as mais tradicionais, surgiram por iniciativa da classe média e da elite econômica, ou seja, grupos bem relacionados com o poder político local ou nacional, retirando daí vantagens significativas para o exercício de suas obras. Evidentemente que essas classes tinham acesso privilegiado aos recursos e favores do Estado, revigorando assim uma relação histórica no país, de apropriação do público pelos setores particulares.

No aspecto da composição e da origem social dos “novos” filantropos da República, vemos ainda a repetição, embora ampliada e mais dispersa por um conjunto maior de pessoas, de um padrão de origem parecido com o dos irmãos das Misericórdias no passado, em que a maioria pertencia aos estratos superiores da “boa sociedade”. Com o século XX apareceram novos atores “produzidos” pelo desenvolvimento urbano e econômico, no lugar dos barões e baronesas, proprietários de terras e escravos, todos tendo em comum a disposição de contribuir com o amparo daqueles que encontravam-se abaixo da hierarquia social.

O Estado comportou-se em relação a esse novo cenário, estimulando as ações das novas entidades através do fornecimento de subsídios e da concessão de autorização para que funcionassem sob o rótulo de interesse público. MESTRINER (2001) construiu um quadro<sup>82</sup> que mostra por períodos históricos, as entidades assistenciais, seus princípios e organização. Através dele é possível percebermos em que contexto histórico atuaram as Misericórdias e o momento em que elas passaram a ser acompanhadas por outras formas de assistência estatal e particular.

A questão fundamental para nós nesta dissertação, não é a condenação das ações sociais por parte de grupos da sociedade ou mais modernamente falando, a condenação das ações promovidas pela sociedade civil organizada. Reconhecemos a necessidade de mobilização dos grupos sociais e dos cidadãos em particular, para

---

<sup>82</sup> O quadro 6.0 encontra-se reproduzido no final deste capítulo, pág. 104.

agirem em favor de seus interesses. O que torna a questão problemática para nós, é que o Estado brasileiro secularmente esteve afastado dos problemas essenciais da população. Quando começou a aproximar-se deles com a República, não foi capaz de promover uma modernização democrática que levasse à cidadania e ao reconhecimento de direitos para todos.

Os efeitos dessa postura histórica do Estado, reforçada por nossa cultura do favor e do “jeitinho”, foram os mais perversos possíveis, porque atingiram diretamente os aspectos básicos da vida das pessoas. VELHO (2000) num estudo sobre violência e desigualdade na sociedade brasileira contemporânea, definiu bem o quanto o descaso do Estado e a ausência da cidadania, produzem situações de total descrença nas instituições públicas, confirmando que a sociedade, ou melhor, as camadas populares, não encontram no poder público o mínimo retorno que lhes garanta equidade e justiça.

*“(...) Uma das vivências que mais produzem o sentimento de impotência e revolta nas grandes cidades é a dificuldade de acesso à saúde e aos hospitais públicos. Existe uma noção de que este é um direito fundamental que lhes é negado com repetidas experiências de frustração e humilhação. Trata-se de um caso limite de um cotidiano em que a desigualdade e a ausência da cidadania são sempre confirmados. (...)” (VELHO, 2000)*

A sociedade civil sempre terá chances de atuar e é desejável que ela o faça. O que não é aceitável é que a sociedade continue agindo através da assistência aos pobres, enquanto se multiplicam os espaços e as situações de exclusão, ao lado do descaso e da omissão do poder público. Nem é aceitável que o próprio Estado compactue com tal situação, pois ele possui a força material e simbólica capaz de liderar as transformações necessárias para que a democracia e a cidadania consigam atuar de forma moderna. Identificar a filantropia e a caridade como um padrão secular de ação social, como o fazemos aqui, senão contribuir para mudar o rumo das políticas do Estado, que ao menos nos ajude a compreender a permanência da desigualdade entre nós. Assim esperamos.

Marshall Berman no prefácio do seu famoso livro *Tudo que é sólido se desmancha no ar*, diz que *ser moderno é viver uma vida de paradoxo e contradição. É sentir-se fortalecido pelas imensas organizações burocráticas que detêm o poder de controlar e freqüentemente destruir comunidades, valores, vidas; e ainda sentir-se compelido a enfrentar essas forças, a lutar para mudar o seu mundo transformando-o*

*em nosso mundo*. Pois bem, que venha a modernidade então; não apenas a aparência da modernidade de fachada, que no Brasil as elites sempre gostaram de ostentar, mas a efetivação do moderno em nossas relações sociais, que se traduza em cidadania e justiça para todos.

**Quadro 6.0:** características das organizações assistenciais por períodos históricos (apud. MESTRINER, 2001).

## Considerações Finais

Considerar este trabalho terminado não significa o fim de suas possibilidades futuras ou o esgotamento dos temas aqui levantados. Pelo contrário, esperamos que ele possa suscitar novas discussões e, talvez, novas descobertas que aprofundem alguns dos pontos que foram apenas esboçados. Contribuir com o debate acadêmico sobre o assunto, é sempre desejável numa dissertação de mestrado e esperamos que esta também possa cumprir essa missão. De qualquer modo, fica aqui registrado nosso esforço para tentar compreender a trajetória das questões sociais no Brasil, em especial aquelas ligadas a saúde da população.

Traçamos um longo caminho que começou com a Santa Casa, sua origem e formação em Portugal e chegada ao Brasil. Por meio dela, analisamos um quadro sócio-cultural complexo, reflexo e ao mesmo tempo parte integrante de um espaço em construção, ou seja, a própria sociedade brasileira. Definir como essa sociedade tratou historicamente os problemas e as carências de sua população, a saúde, a doença, a morte e o abandono, foi o objetivo que perseguimos, analisando a vida sócio-econômica de Campos dos Goytacazes no século XIX e parte do XX. Ao lado das complexas relações de desigualdade marcantes, vimos em evidência um padrão de filantropia e caridade agindo sobre a pobreza e a doença.

A saúde, um dos pontos fundamentais para que haja condições sociais adequadas de vida para as pessoas, foi o aspecto escolhido. Acreditávamos que através dela, compreenderíamos o nível de desenvolvimento dos direitos sociais e da relação Estado/sociedade construída pelos grupos dominantes da Colônia, do Império e de parte da República. Do padrão filantrópico caritativo dominado pela piedade religiosa, para as formas de atuação da sociedade civil, estimuladas pela ordem liberal/oligárquica da *República Velha* (1889-1930), não parece haver dúvida quanto à postura do Estado brasileiro, tratando as questões sociais como favor aos necessitados.

Desde o período do Império, quando as Santas Casas de Misericórdias foram os pilares da rede de assistência social no país, até o fim da República Velha em 1930, a questão social foi entendida como ajuda àqueles que eram incapazes de cuidar de suas próprias vidas. Desse modo, foi definido que o poder público deveria atuar concedendo benefícios ou nos momentos de crise (epidemias e catástrofes

naturais), deixando que a sociedade através de suas obras de caridade religiosas ou leigas, cuidasse do resto.

Com a República e a modernização econômica/urbana nas primeiras décadas do século XX, percebe-se uma leve mudança no padrão anterior, com o aparecimento de entidades da sociedade civil que não eram mais necessariamente religiosas. Ao mesmo tempo, a assistência que era prestada essencialmente pelas Santas Casas, atuantes através de esmolas e donativos, passa a fazer parte de uma complexa rede representada por múltiplas entidades subvencionadas pelo Estado. Uma confusa relação entre público e privado estabeleceu-se no que tange à questão social pós-1889, com os governos republicanos destinando recursos para entidades filantrópicas selecionadas, que receberam a identificação de *sem fins lucrativos*. Esse foi o início do funcionamento da *subsidiariedade*.

A afirmação do princípio da *subsidiariedade*, admitido pelo modelo liberal da República Velha, significou que a proteção social para os que estivessem fora do sistema formal de trabalho, ou seja, situação em que se encontrava a esmagadora maioria dos trabalhadores brasileiros do período, seria feita pela sociedade auxiliada pelo Estado. Desse modo, a ação estatal seria suplementar às iniciativas da sociedade, reconhecendo as entidades já existentes e fornecendo a elas subsídios, em detrimento de uma política social pública, abrangente e democratizante (MESTRINER, 2001).

A admissão parcial dos problemas sociais por parte da República no século XX, portanto, não representou avanços para a inclusão das massas. Ao contrário, essa postura subsidiária estava pautada pelo modelo anterior e regida pela mesma lógica da filantropia caritativa, só que mais moderna e sem apresentar um discurso piedoso ou depender de esmolas como as Misericórdias do passado. Como a ordem liberal vinculou inclusão social ao trabalho formal, inclusão limitada à sobrevivência da força de trabalho, que fique claro, não admitia a criação de políticas públicas efetivas, direcionadas para os que estivessem fora do sistema. Desses, a sociedade deveria cuidar, auxiliada pelos subsídios do Estado por meio da benemerência e da filantropia.

O estudo de Campos dos Goytacazes foi revelador. Na cidade foi possível observarmos o desenrolar do padrão caritativo descrito, numa análise interpretativa que nos levou da micro-estrutura para a macro. A presença fundamental da Santa Casa cuidando dos doentes, dos órfãos e dos mortos, a relação do poder público com a saúde da população, a situação médico/sanitária precária exemplificada pela

tragédia das epidemias, mostraram o quanto a sociedade e o Estado incorporaram em sua ideologia e atitudes, a prática da caridade como regra de ação sobre a pobreza e as necessidades básicas.

Para a maioria dos autores consultados nessa pesquisa, em especial MESTRINER (2001), o padrão filantrópico caritativo é o resultado da omissão secular do Estado, dominado por elites escravocratas, clientelistas e anti-democráticas. Esses grupos impediram a modernização das estruturas sociais mantendo seu poder e privilégios, construindo um modelo de amparo assistencial público, no lugar da cidadania efetiva. Para nós, no entanto, existe uma outra questão que deve ser considerada aqui: a ação da caridade e da filantropia é anterior a organização formal da sociedade brasileira, chegando aqui com a colonização. O modelo das Misericórdias ganhou força no espaço colonial precário de ajuda oficial, organizando um tipo de assistência à doença, à pobreza e à calamidade, que passava pela existência de entidades sociais desvinculadas do Estado. Ela cumpria também um papel sócio-ideológico importante na sociedade senhorial e religiosa da época.

A lógica do favor e da esmola marcou essa sociedade hierarquizada em formação, tanto na representação que as pessoas faziam de sua ação, como a do poder público que assumia, em seus discursos e atitudes, a mesma lógica da caridade e da ação pessoal. Num espaço sócio-cultural em que o poder pessoal valia mais que a noção de justiça ou igualdade, espaço marcado pela presença maciça da escravidão e da marginalização das massas como regra, a piedade aos mais fracos era também uma forma de garantir poder e distinção pessoal. Muito cedo a sociedade brasileira em formação mobilizou forças para cuidar de suas carências através de uma ideologia religiosa que via na caridade, o meio eficaz de salvação das almas. Os discursos colhidos nos relatórios da Santa Casa, mostram a consciência dessa cultura quando os provedores exaltavam a grandiosidade da obra pia e a mais elevada virtude cristã de ajuda ao próximo.

Quando a sociedade recorria ao poder, era normalmente para pedir favores, ou seja, confirmar a cultura da benemerência, entendendo as ações do Estado dentro do mesmo padrão de caridade desenvolvido entre as pessoas no nível de suas relações pessoais. Por isso D. Pedro II distribuiu esmolas e donativos à Misericórdia quando visitou Campos dos Goytacazes. Foi por isso também, que a Princesa Isabel reclamou das condições precárias das instalações do Asilo das Órfãs em Campos em outra oportunidade, sendo imediatamente atendida pelas

*damas campistas* que se apressaram em organizar uma entidade beneficente em favor do referido asilo. Ao longo do tempo a caridade encontrou espaço e apoio que a legitimaram: a estrutura social desigual de uma sociedade personalista, a frágil noção de cidadania, a apropriação do Estado pelas elites como patrimônio pessoal e, por fim, o sistema liberal adotado por nosso capitalismo dependente.

A cidadania enquanto valor universal de nivelamento de direitos entre cidadãos, não pode existir num espaço em que indivíduos considerados hierarquicamente superiores, distribuem em favor de outros, as benesses de sua vontade pessoal. Este talvez seja o maior desafio para cidadania no Brasil: conseguir reverter às profundas desigualdades sociais, incluindo os amplos segmentos marginalizados da população e, ao mesmo tempo, introduzir mecanismos democráticos modernos que eliminem a caridade e promovam a equidade como valor universal.

**FOTOGRAFIAS**

**FOTOGRAFIAS**

**FOTO 1** - Vista lateral da Praça São Salvador, com destaque para a igreja consagrada a *Nossa Senhora Mãe dos Homens* pertencente a *Misericórdia de Campos*.



**FOTO 2** - Vista da Igreja de Nossa Senhora Mãe dos Homens (Misericórdia) e do hospital da Santa Casa de Misericórdia (Hospital original no centro de Campos que foi demolido em 1966)



◆ Acervo: Museu Campos dos Goytacazes

**FOTO 3** - Praça São Salvador, com visão frontal da *Igreja Mãe dos Homens* e o hospital da *Santa Casa de Misericórdia*



◆ Acervo pessoal (Sérgio R. Risso)

FOTO 4 - Praça São Salvador, com vista de frente para a *Câmara Municipal* (prédio antigo)



◆ Acervo pessoal (Sérgio R. Risso)



**FOTOS 5 e 6** - Prédio e capela de *Nossa Senhora da Lapa* (antigo *Asilo das Órfãs e Expostas da Irmandade da Misericórdia*). Ainda hoje pertencente a *Santa Casa de Misericórdia* de Campos, onde atualmente funciona uma instituição de assistência social ligada aquela entidade.



FOTO 7 – Idem FOTOS 5 e 6



◆ Acervo pessoal (Sérgio R. Riso)

**FOTO 8** - Placa presente na fachada principal do antigo *Asilo de Nossa Senhora da Lapa*, identificando hoje a situação do prédio



◆ Acervo pessoal (Sérgio R. Risso)



**FOTOS 9 e 10** – Terreno no centro de Campos dos Goytacazes onde existiu até 1966, o hospital da *Misericórdia* e a *Igreja Mãe dos Homens*. Hoje no local funciona um estacionamento que é explorado comercialmente pela *Santa Casa*.





**FOTOS 11 e 12** – Espaço (terreno) que era ocupado pelo prédio da *Santa Casa* no centro de *Campos de Campos dos Goytacazes* (visto por outro ângulo)



# **ANEXO – I**

- ▣ **CÓPIAS DOS ORIGINAIS DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS  
DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**ANEXO 1.1 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS - MOVIMENTO DA FARMÁCIA NO ANO COMPROMISSAL DE 1873/1874)**

**Annexo N. 1.**

**Resumo do movimento da pharmacia da Santa Casa da Misericordia da Cidade de Campos, de 1° de Julho de 1873 a 30 de Junho de 1874**

Sob a direcção do pharmaceutico Joaquim Ferreira de Sousa Barros

Activo	Passivo
Importancia de drogas simples e preparadas que ficarão existindo em 1° de Julho de 1873. . . . .	Importancia de drogas simples e preparadas que existem na pharmacia. . . . .
10:331\$860	7:104\$180
Idem de drogas recebidas durante o anno. . . . .	Idem do receituario das enfermarias. . . . .
3:689\$847	5:124\$030
Idem da despeza com o custeio da pharmacia . . . . .	Idem aos pobres externos . . . . .
1:347\$780	4:252\$240
Idem ao 1° pharmaceutico. . . . .	Idem ao Asylo da Lapa . . . . .
1:500\$000	210\$890
Idem ao 2° pharmaceutico. . . . .	Idem aos doentes que se tratão a sua custa no hospital . . . . .
200\$000	484\$300
Idem ao 1° ajudante. . . . .	Idem do receituario pagavel. . . . .
300\$000	876\$290
Idem ao servente da pharmacia. . . . .	Rendimento do mostrador. . . . .
4:141\$323	3:458\$880
<b>21:510\$810</b>	<b>21:510\$810</b>

N. B.—Esta pharmacia acha-se hoje desprovida de drogas e a causa disto pessoa alguma ignora.

*Campos, 30 de Junho de 1874.*

O pharmaceutico *Joaquim Ferreira de Sousa Barros.*

**ANEXO 1.2 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: 1873/1874. RELAÇÃO DE ÓRFÃS E EXPOSTAS  
RECOLHIDAS NO ASILO NOSSA SENHORA DA LAPA)**

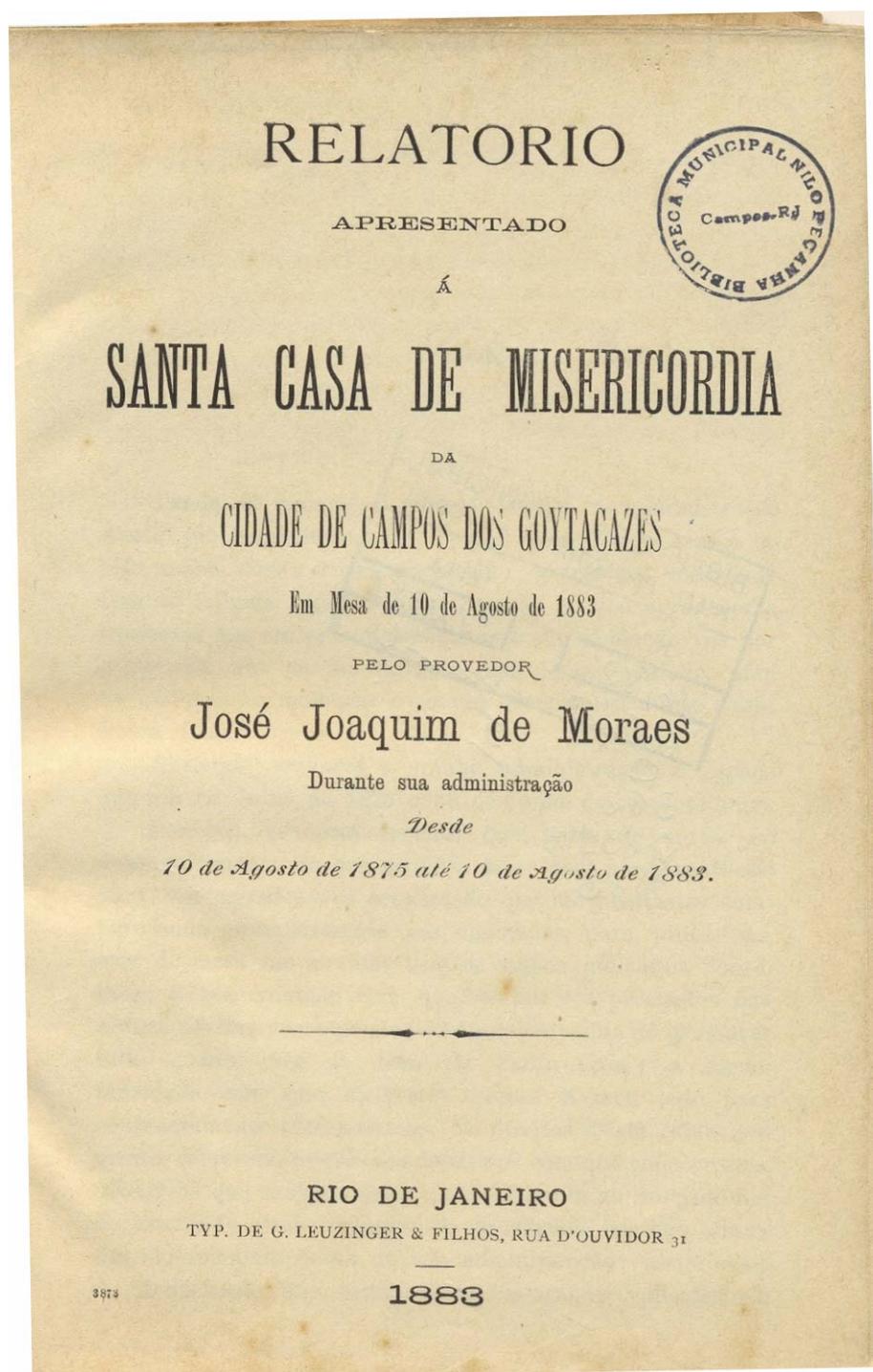
Annexo N. 2.

**Relação das orphãs recolhidas e expostas existentes no Asylo.**

<b>Orphãs</b>		
MALVINA FERREIRA DA CRUZ: Sabe ler, escrever, contar, coser e bordar com perfeição.	AMELIA VICENCIA DA ROCHA: Principio de leitura, escripta e crochet.	LAURINDA DA GLORIA: Sabe ler, escrever, contar, principio de costura, bordado e crochet.
IZABEL FERREIRA DA CRUZ: Sabe ler, escrever, contar, principio de costura e bordado.	<b>Expostas</b>	JESUINA MARIA DE JESUS: Sabe ler, escrever, alguma contabilidade e principio de costura e bordado.
ROMANA DE OLIVEIRA CAMPISTA: Sabe ler, escrever, contar, coser e bordar com perfeição.	LUCIA DA CONCEIÇÃO: Sabe ler, escrever, trabalhar em crochet e principio de costura.	THERREZA DE JESUS: Principio de leitura, escripta e costura.
ESTEPHANIA DE OLIVEIRA CAMPISTA: Sabe ler, escrever, contar e principio de costura e crochet.	JOANNA DOS PASSOS: Sabe ler, escrever, contar, coser e trabalhar em crochet.	LAURINDA DO PARTO.—Idem
ANNA CASTORINA: Sabe ler, escrever, contar, coser e trabalhar em crochet.	HERMENEGILDA MARIA DA CONCEIÇÃO: Principio de leitura, crochet e costura.	JOAQUINA MARIA DA LAPA: Principio de leitura, escripta, contabilidade e costura.
MARIA BENEDICTA: Sabe ler, escrever, contar, principio de costura, crochet e bordado.	RITA DE JESUS: Sabe ler, escrever, contar, trabalhar em crochet e principio de costura.	EULALIA CAROLINA: Leitura soletrada, principio de escripta e renda de almofada.
FRANCISCA PAULA DOS REIS: Sabe ler, escrever, contar e principio de costura, bordado e crochet.	RITA DA PENHA: Sabe ler, escrever, contar, trabalhar em crochet e principio de costura.	ANGELICA DOS ANJOS: Idem, idem e crochet.
FELICIDADE DA PIEDADE: Sabe ler, escrever, contar e principio de costura, crochet e bordado.	MARIA AUGUSTA: Sabe ler, escrever, contar, principio de costura e crochet.	CANDIDA DO ESPIRITO-SANTO—B-a-bá. CONSTANTINA DAS DÔRES.—Idem.
ANTONIA MACIEL: Principio de leitura e contabilidade.	IGNACIA DO NASCIMENTO: Sabe ler, escrever, principio de costura e crochet.	Entrarão de Julho de 1873 a Julho de 1874, as expostas: ANGELICA, CANDIDA E CONSTANTINA. Casarão-se: ANTONIA ISABEL e AGOSTINHA VIEIRA. Falleceu: MARTINHA PEREIRA.
	ROSA MARIA DA LAPA: Principio de leitura, escripta e costura:	



**ANEXO 1.4 (CAPA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO ANO  
COMPROMISSAL DE 1882/1883)**



ANEXO 1.5 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: 1882/1883.)

N. 1

Mappa do movimento do hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Campos dos Goytacazes, durante o anno compromissal findo de 1882 a 1883.

	NACIONAES				ESTRANGEIROS				TOTAL
	LIVRES		ESCRAVOS		LIVRES		ESCRAVOS		
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Existiam.....	36	22	4	6	7	0	0	0	75
Entraram.....	315	129	59	17	166	21	12	4	723
Sahiram.....	274	91	42	19	138	16	7	4	591
Falleceram.....	47	35	15	1	25	5	5	0	133
Ficam.....	30	25	6	3	10	0	0	0	74

Observações

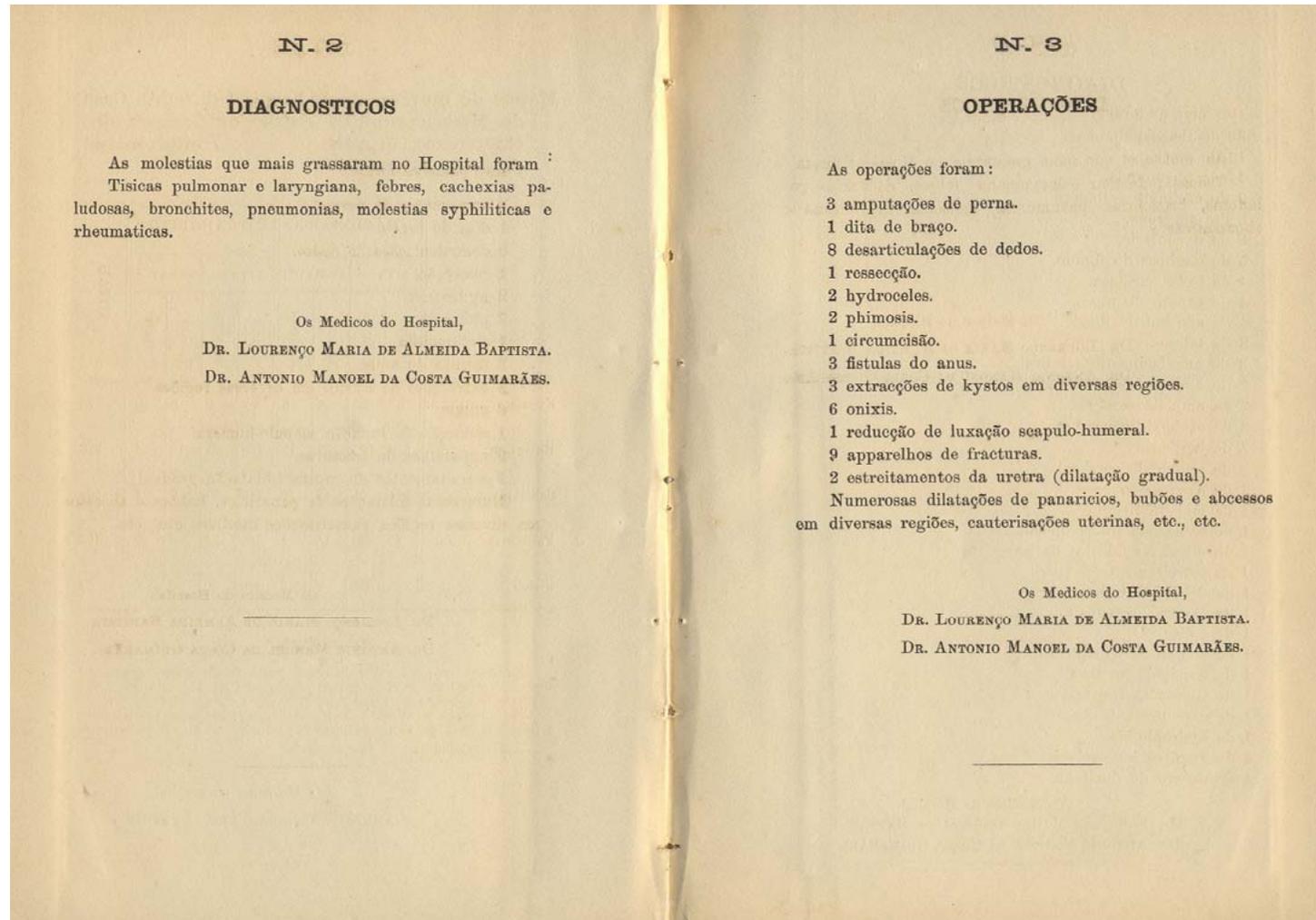
Sahiram curados á custa do cofre d'esta Santa Casa, durante o anno compromissal findo, 53 praças do Corpo Policial aqui destacadas, as quaes se acham incluídas no numero dos nacionaes livres.

No numero dos fallecidos houveram 8 que já entraram moribundos; e falleceram nas primeiras 12 horas 13; em 24 horas 8; em 48 horas 6.

A mortalidade foi de 16 por cento.

O Mordomo do hospital,  
CAMILLO TEIXEIRA PINTO COUTINHO.

## ANEXO 1.6 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: 1882/1883)



**ANEXO 1.7 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: DE 1882/1883. DIAGNÓSTICOS,  
ALTAS E MOVIMENTO DA FARMÁCIA)**

**N. 4**

**DIAGNOSTICOS**

Dos mortos foram:

- 36 de tísica pulmonar.
- 12 de diarrhéas.
- 11 de pneumonia.
- 9 de cachexia palludosa.
- 8 de gangrena.
- 8 de dysenteria.
- 5 de cirrhose do figado.
- 4 de lesão cardiaca.
- 4 de cancro do utero.
- 4 de abcesso do figado.
- 3 de tetano.
- 3 de amolecimento cerebral.
- 2 de hemorragia cerebral.
- 2 de embolia cerebral.
- 2 de cachexia cancerosa.
- 2 de beriberi.
- 2 de apoplexia cerebral.
- 2 de abcesso do baço.
- 1 de mal de Bright.
- 1 de hypoemia intertropical.
- 1 de ulcera syphilitica da garganta.
- 1 de estreitamento aortico.
- 1 de delirium tremens.
- 1 de cancro do penis.
- 1 de colica.
- 1 de congestão epileptiforme.
- 1 de erysipela na face.
- 1 de tumor da prostata.
- 1 de carcinoma da face.
- 1 de hydrophobia.
- 1 de vomitos incoerciveis.
- 1 de cancro do duodeno.

Os Medicos do Hospital,

DR. LOURENÇO MARIA DE ALMEIDA BAPTISTA.  
DR. ANTONIO MANOEL DA COSTA GUIMARÃES.

**N. 5**

**ALTAS**

O maior numero de altas foram:

De febres palludosas, molestias venereas e syphiliticas, bronchites, pneumonias, cachexias e rheumatismos.

Os Medicos do Hospital,

DR. LOURENÇO MARIA DE ALMEIDA BAPTISTA.  
DR. ANTONIO MANOEL DA COSTA GUIMARÃES.

**N. 6**

**Demonstração dos medicamentos fornecidos pela Pharmacia da Santa Casa de Misericordia da cidade de Campos dos Goytacazes, desde Outubro de 1882 a Junho de 1883.**

Importancia de drogas e utensilios conforme demonstra o inventario feito em 30 de Junho de 1883.....	5:326\$812
Importancia de medicamentos fornecidos desde Outubro de 1882 á Junho de 1883, a doentes que pagaram.....	1:555\$200
Importancia de 9,970 receitas para pobres internos desde Outubro de 1882 a Junho de 1883 .....	6:831\$680
Importancia de 1,845 receitas para pobres externos desde Outubro de 1882 á Junho de 1883 .....	2:104\$380
Importancia de 286 receitas para o Asylo da Lapa desde Outubro de 1882 á Junho de 1883.....	272\$660
Importancia entregue ao Thesoureiro de medicamentos vendidos a dinheiro.....	264\$720
Rs...	<u>11:028\$640</u>

O Mordomo da Botica,

SILVESTRE JOSÉ PEREIRA GUIMARÃES.

**ANEXO 1.8 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: DE 1882/1883. MOVIMENTO DA  
“SALA DO BANCO” E DO ASILO NOSSA SENHORA DA LAPA)**

N. 7

Sala do Banco da Santa Casa de Misericórdia  
da cidade de Campos dos Goytacazes.

1,458 consultas se deram na sala do Banco aos pobres  
durante o anno, aos quaes se deram 1,174 receitas.

O Mordomo do Hospital,  
CAMILLO TEIXEIRA PINTO COUTINHO

N. 8

Movimento do Asylo de N. S. da Lapa durante  
o anno compromissal de 1.º de Julho de 1882  
a 30 de Junho de 1883.

MOVIMENTO	EXPOSTAS	ORPHÁS	TOTAL
Existião.....	20	12	32
Sahiram.....	0	3	3
Entraram.....	2	5	7
Existem.....	22	14	36

O Mordomo do Asylo,  
Dr. CAETANO THOMAZ PINHEIRO.

**ANEXO 1.9 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: DE 1882/1883. ÓRFÃS E EXPOSTAS DO ASILO NOSSA SENHORA DA LAPA)**

N. 10

**Relação das expostas existentes no Asylo de Nossa Senhora da Lapa**

Ritta da Penha.  
Rosa Maria da Lapa.  
Laurinda do Parto.  
Jesuina Maria de Jesus.  
Joaquina Maria da Lapa.  
Thereza Maria de Jesus.  
Angelica Maria Magdalena.  
Constantina Maria das Doros.  
Candida Maria do Espirito Santo.  
Anna Rosa dos Anjos.  
Carolina de Santa Izabel.  
Minervina Maria da Conceição.  
Albertina Maria da Conceição.  
Margarida Ferreira Crespo.  
Maria Amelia.  
Izabel Eugenia de Santa Delfina.  
Lourença Rita da Conceição.  
Creosina Eugenia de Santa Izabel.  
Honorina Paulina da Gloria.  
Maria José do Carmo.  
Rosalina Carolina de Jesus.  
Amelia Maria de Jesus.

O Mordomo do Asylo,  
DR. CAETANO THOMAZ PINHEIRO.

N. 11

**Relação das orphãs existentes no Asylo de Nossa Senhora da Lapa**

Antonia Maciel.  
Anna Souza.  
Ambrosina Baptista das Chagas.  
Eliza Baptista das Chagas.  
Humbertina Baptista das Chagas.  
Joseph Ritta Machado.  
Maria Pinto.  
Maria Augusta.  
Idalina Bernardina da Penha.  
Noemia Baptista das Chagas.  
Maria Ferreira de Jesus.  
Antonia Maria Francisca Teixeira.  
Izabel Baptista Neres.  
Josephina Rosa Carneiro.

Sahiu :

Fabiola Emilianna de Lima.

Falleceram :

Maria Thomazia da Conceição.  
Maria Magdalena das Chagas.

O Mordomo do Asylo,  
DR. CAETANO THOMAZ PINHEIRO.



## ANEXO 1.10 (RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS: DE 1882/1883. RECEITAS E DESPESAS)

Conta Corrente da Receita e Despeza da SANTA CASA DA MISERICORDIA da Cidade de Campos dos Goytacazes			
SENDO TESOUREIRO O IRMÃO JOAQUIM JORGE ALVES, DURANTE O ANO COMPROMISSAL FINDO DE 1882 A 1883.			
RECEITA		DESPEZA	
Curativos á sua custa.....	5:723\$740	Festa de N. Senhora.....	539\$000
Juros recebidos da Caixa Economica.....	409\$420	Despezas do Hospital.....	20:520\$760
Juros de Apolices.....	4:200\$000	Despezas da Botica.....	1:644\$360
Loterias.....	7:080\$000	Mordomia dos Expostos.....	2:645\$480
Alugueis de predios.....	12:133\$960	Lavagens de roupas.....	1:142\$100
Recebido da Camara Municipal.....	3:000\$000	Pago aos legatarios de Francisco Lopes Guimarães.	540\$000
Beneficios.....	33\$700	Idem do Padre Pecegueiro.....	60\$000
Recebido de objectos achados aos fallecidos no hospital.....	16\$000	Suffragios.....	24\$000
Botica.....	394\$220	Obras.....	6:708\$890
Esmolas para as obras.....	835\$450	Ordenados.....	8:819\$934
Receita extraordinaria.....	30\$000	Drogas para a Botica.....	7:925\$885
Esmolas para o hospital.....	772\$940	Guisamentos.....	220\$500
Leilões.....	3:603\$000	Diversas despezas.....	1:512\$770
		Amortisação da divida paga a Carvalho & Lessa.	2:409\$800
RECEITA DO ASYLO		DESPEZA DO ASYLO	
Juros de apolices.....	3:708\$000	Despezas mensaes.....	4:682\$540
Juros da Caixa Economica.....	578\$020	Ordenados.....	1:904\$000
Esmolas recebidas.....	1:305\$000	Diversas despezas.....	1:344\$690
Pensionistas.....	375\$000		
Laudemios.....	125\$000		
CONTAS A PAGAR		SALDOS QUE FALTÃO A PAGAR:	
Ao irmão Provedor Tenente-Coronel José Joaquim de Moraes.....	19:954\$090		
Idem ao irmão ex-thesoureiro Antonio José Ferreira Martins.....	4:202\$901	Ao irmão Provedor Tenente-Coronel José Joaquim de Moraes.....	15:649\$280
Idem a Rodrigues d'Almeida & C.ª.....	5:632\$300	Idem a J. Rodrigues de Almeida.....	5:632\$300
Idem ao irmão José Joaquim de Sousa Motta.....	3:809\$595	Idem ao Commendador Antonio José Ferreira Martins.....	4:202\$901
Idem ao Mordomo dos expostos Dr. Lourenço M. de A. Baptista.....	1:245\$480		
Idem a Carvalho & Filho.....	3:413\$030		
Idem a Ferreira Martins, Filho & Dias.....	972\$090		
Idem a Sousa Martins & C.ª.....	664\$840		
Idem a Empreza de materias fecaes.....	180\$000		
Idem a J. M. Saldanha & C.ª.....	77\$200		
Idem a Ezequiel Pinto de Sampaio.....	203\$260		
Idem a Colombo Nogueira.....	46\$400		
Saldo a favor do actual thesoureiro Joaquim Jorge Alves.....	3:404\$554		
Rs.....	88:129\$190		88:129\$190