

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

SILVIO CEZAR DE SOUZA LIMA

**O CORPO ESCRAVO COMO OBJETO DAS PRÁTICAS MÉDICAS
NO RIO DE JANEIRO (1830-1850)**

Rio de Janeiro
2011

SILVIO CEZAR DE SOUZA LIMA

**O CORPO ESCRAVO COMO OBJETO DAS PRÁTICAS MÉDICAS
NO RIO DE JANEIRO (1830-1850)**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof. Dr. Lorelai Brilhante Kury

Rio de Janeiro
2011

Ficha catalográfica

L732c Lima, Silvio Cezar de Souza.

O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850) / Silvio Cezar de Souza Lima. – Rio de Janeiro : s.n., 2011. 208 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

1. História da medicina do século XIX. 2. Ensino. 3. Experimentação humana. 4. Escravatura.

CDD 610.981

SILVIO CEZAR DE SOUZA LIMA

O CORPO ESCRAVO COMO OBJETO DAS PRÁTICAS MÉDICAS NO RIO DE JANEIRO (1830-1850)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em de .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lorelai Brilhante Kury – FIOCRUZ (Orientador)

Prof^a Dr^a Betânia Gonçalves Figueiredo – UFMG

Prof^a Dr^a Cláudia Rodrigues – UNIRIO

Prof^a Dr^a Kaori Kodama Flexor – Depes - FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Tânia Salgado Pimenta – PPGHCS - FIOCRUZ

Suplente:

Prof^a Dr^a Margarida de Souza Neves – PUC – RJ

Prof^o Dr^o Luis Otávio Ferreira – PPGHCS - FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2011

Dedicatória

Para Matheus e Elaine,

Meu refúgio de felicidade e minha fortaleza...

Agradecimentos

Muitas pessoas – amigos, familiares e professores – me auxiliaram direta ou indiretamente durante esta trajetória é impossível demonstrar meu profundo sentimento de gratidão neste pequeno espaço. Entretanto, algumas destas foram fundamentais para a elaboração desta tese.

Ao Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, pela acolhida em todos esses anos de estudo entre mestrado e doutorado. Sobretudo agradeço aos professores Flavio Edler e Luis Otávio Ferreira suas aulas e seus escritos foram particularmente importantes para minha formação e formulação deste trabalho.

Agradeço à equipe do Laboratório de Políticas Públicas da UERJ, aos professores Emir Sader e Pablo Gentili por me conceder o tempo necessário para me dedicar à pesquisa e escrita, as amigas Heloísa, Virgínia e Cláudia por todo apoio, solidariedade e incentivo durante todo o processo.

A minha amiga, “comadre” e irmã Elissandra por arrombar o cofre e roubar os “manuscritos”, ler, sugerir , e dizer: “você consegue!”

À Professora Ângela Porto pelas sugestões de leitura indicações de textos e conselhos valiosos durante o curso *Doenças e Escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas*.

Ao Professor Flávio Gomes pelas valiosas aulas do curso *Africanos, escravidão, pós-emancipação e diáspora em perspectiva comparada: Caribe e América Latina*. Muito importante para o entendimento de aspectos da escravidão. Agradeço ainda sua atenção em ler meus textos, indicar caminhos de pesquisa, sugerir documentos e pelas conversas na Biblioteca Nacional.

À minha orientadora, Lorelai Brilhante Kury por tudo. Não tenho como agradecer sua orientação dedicada, atenta e ao mesmo tempo fraternal. Foram muitos anos entre graduação, mestrado e doutorado. Certamente não seria possível realizar esta tese sem o seu apoio, suporte teórico, indicações de leitura e ao mesmo tempo proporcionando um ambiente de liberdade intelectual e criativa. Lola, sem você não seria possível.

E por fim, agradeço aos meus queridos filho e esposa, Matheus e Elaine. Por tão gentilmente abrir mão da minha presença de pai e marido. Por me deixar roubar preciosos momentos que teríamos juntos para dedicar-me à solidão da escrita. Ainda em dívida, dedico aos dois este trabalho.

Sumário

Introdução	1
I - Escravidão e Medicina: uma proposta para novas abordagens.....	5
O médico e o cativo	5
Doenças, medicina e escravidão: em torno da historiografia.....	15
O pensamento médico sobre o escravo: críticas e concepções	39
Apresentando questões, escolhendo caminhos	44
II – Organização dos saberes e práticas médicas.....	56
Olhar, abrir e tocar.....	56
As doutrinas médicas e a investigação empírica do corpo	65
A formação médico-cirúrgica luso-brasileira	75
A formação do ensino médico cirúrgico no Brasil.....	81
O ensino da medicina e os cuidados com os doentes na Santa Casa de Misericórdia.	85
Pacientes escravos na Santa Casa	89
III – O escravo como objeto de ciência	96
O “empirismo vulgo” e o olhar científico	103

Freire Alemão e a casca da romeira.....	119
A observação dos pacientes e a síntese médica.....	131
As metamorfoses da Opilação.....	140
IV - O corpo escravo e o treinamento e aprendizado médico	150
O treinamento nas enfermarias da Santa Casa.....	150
Trepanação.....	172
Cirurgia e corpo feminino.....	174
A comissão de consultas gratuitas	186
Considerações finais	190
Bibliografia	193
Fontes	205

Resumo

A proposta desta tese é mostrar como o contexto social da escravidão influenciou os saberes e práticas médicas nas primeiras décadas do Império brasileiro. A pesquisa dos escritos médicos produzidos entre 1830 e 1850 tornou possível perceber a presença significativa dos escravos no cotidiano daquela profissão ora como pacientes, ora como objeto de estudos. Esta produção textual encarnava o discurso médico do período e era disseminada através de artigos dos periódicos médicos ligados à Academia Imperial de Medicina. A construção deste conhecimento era feita a partir da experiência prática que os estudantes e médicos tinham com os doentes, sobretudo nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Assim é possível estabelecer uma ligação entre a escravidão e o aprendizado e treinamento médico a partir do estudo dos textos produzidos no conjunto de instituições responsáveis pela institucionalização da medicina na Corte. Desta forma, é possível defender a hipótese de que em uma sociedade escravista como o Rio de Janeiro, certamente o escravo era objeto de preocupação dos médicos, seja como paciente, seja como objeto de experimentos de novos tratamentos ou para o treinamento dos estudantes de medicina.

Abstract

This thesis aims to prove how the slave system had influence upon medical knowledge and its practices, at the beginning of the Brazilian Empire. Medical texts, written between 1830 and 1850, make evident that the slaves were present in the professional current activities, or as accessible bodies or as patients. These writings represented medical discourse and were published in periodicals related to the Imperial Academy of Medicine. Practical training at the Santa Casa da Misericórdia's infirmaries was essential for students and doctors to acquire and to produce knowledge. Therefore, the intensive reading of medical texts make possible to establish connections between slavery and medical learning. Then the hypothesis proposed is that in a society based on slave labor, such as Rio de Janeiro in the 19th century, the slave body is always present in medical practice and theory. Slaves could be doctors' patients or even their material for experiments and their object for testing new treatments.

Introdução

Se os médicos brasileiros do século XIX indicam a necessidade de transformar a sociedade brasileira e fazem uma crítica radical a um passado que se perpetua no presente do país, de que maneira encaminham eles a questão do escravo, qual o seu lugar neste projeto de mudança? Existe uma reflexão médica que tematiza especificamente a condição do escravo? Existe uma proposta normalizadora relativa à escravidão? É plausível esperar que o discurso médico tome o corpo do escravo como alvo privilegiado da disciplina, dada a sua posição estratégica no conjunto da produção – no campo, mas também na cidade – para moldá-lo, com insuperável eficácia, segundo a racionalidade das necessidades produtivas? (Machado et al., 1978)

Início a tese com esta extensa epígrafe e me desculpo. Foi inevitável. O parágrafo recheado de perguntas, um pequeno trecho do livro *Danação da Norma*, foi o que provavelmente me trouxe a este tema. A partir desta leitura, a relação entre medicina e escravidão tornou-se a minha principal questão

acadêmica. Mas, para explicitar o objeto da tese, primeiro precisamos examinar os processos sociais relacionados ao tema. Segundo seus autores, a reflexão sobre o escravo não era objeto relevante das considerações médicas, o que poderia ser constatado pela “insignificância do número de teses sobre o assunto”¹. Não satisfeito com a resposta dos autores, proponho, pensando nas questões levantadas na epígrafe, outras perguntas semelhantes: Seria possível em uma sociedade escravista, que os médicos simplesmente ignorassem as questões ligadas aos escravos e à escravidão? Como os discursos e práticas médicas foram afetados pela escravidão e pela presença maciça de cativos nas casas, ruas e fazendas?

São estas as questões que procurei responder durante o desenvolvimento desta tese. Ao pesquisar os escritos médicos produzidos entre 1830 e 1850 percebi a presença significativa dos escravos ora como pacientes, ora como objeto de estudos. Eles estavam por toda a parte no cotidiano médico: eram seus pacientes, seus auxiliares como enfermeiros e serventes no hospital e na Faculdade de medicina e ainda, eram objeto de estudos após sua morte nas aulas de anatomia e clínica médica e estavam presentes em muitos artigos, figurando como “cobaias” de experimentos médicos. Desta forma, defendo a hipótese de que em uma sociedade escravista como foi o Brasil naquele período, sobretudo o Rio de Janeiro, certamente o escravo era objeto de preocupação dos médicos, seja como paciente, seja como objeto de experimentos de novos tratamentos e remédios. Além disso, os pacientes escravos eram os “corpos

1 MACHADO, Roberto (et al.) *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições graal, 1978. p.370.

pedagógicos” em que os estudantes de medicina executavam seu treinamento e aprendiam seu ofício.

É possível estabelecer este nexo entre a escravidão e o aprendizado e treinamento médico a partir do estudo dos textos produzidos no conjunto de instituições responsáveis pela institucionalização da medicina no país. Neste período a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Academia Imperial de Medicina eram instituições que apesar de independentes entre si, possuíam juntas uma sinergia capaz de concentrar a produção intelectual médica durante este período. Esta produção encarnava o discurso médico do período e era disseminada através dos artigos dos periódicos médicos ligados à Academia Imperial de Medicina. A construção do conhecimento passava pela experiência prática que os estudantes e médicos tinham com os doentes na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia. Esta vivência gerou relatórios e artigos lidos na Academia, além de discussões sobre doenças e meios de combatê-las e este material foi publicado nos periódicos daquela agremiação, difundindo o conhecimento médico produzido assim como os projetos daquela elite médica.

Desta forma, a melhor fonte para construir uma história social do pensamento médico que leve em conta as relações entre a elite médica da Corte Imperial e os escravos é o periódico médico daquela instituição. Identifiquei entre as páginas dos periódicos ligados à Academia Imperial de Medicina os textos que continham algum relato sobre tratamentos médicos efetuados em escravos e onde eram tematizados, seja como doentes ou como propagadores de doenças.

Para demonstrar a presença do escravo no contexto do ensino e da prática médica, estruturei a tese em quatro capítulos. No primeiro capítulo, a partir da

historiografia brasileira, procuro estabelecer os pontos de contato entre os estudos sobre medicina e escravidão, propondo um novo enfoque para o estudo destas relações. Explicito minha visão sobre as relações entre médicos e sociedade, sobretudo com relação ao escravo, principal objeto de estudo desta tese. No segundo capítulo, procuro demonstrar a importância da observação empírica para a constituição da medicina moderna e paralelamente, analiso a construção dos conhecimentos médico-cirúrgicos em Portugal e no Brasil, enfatizando a importância da prática cotidiana das artes de curar como uma forma de ensino. Além disso, mostro como a observação dos doentes nos leitos do hospital da misericórdia teve um importante papel no processo de institucionalização da medicina e na construção de uma produção intelectual deste grupo. No terceiro capítulo analiso o uso do escravo como cobaia em experimentos de novos remédios e tratamentos médicos e a relação destas práticas com o ideário que propunha promover a saúde das “classes pobres”. O quarto e último capítulo trata do uso do paciente cativo no treinamento médico-cirúrgico e a observação de casos exemplares para o estudo médico.

Com essa análise pretendo, então, demonstrar a centralidade da escravidão para a prática médica no Rio de Janeiro. Se as teses ou os artigos quase não tratam explicitamente da saúde dos escravos, o corpo cativo, muitas vezes silencioso, permitia a elaboração dos saberes médicos e o desenvolvimento das competências ligadas ao exercício da profissão médica.

I - Escravidão e Medicina: uma proposta para novas abordagens

O médico e o cativo

Em 1808, a migração de boa parte do aparato administrativo português para o Rio de Janeiro, junto com a Corte Real, redimensionou as relações sociais e econômicas da cidade. Deste modo, escravos e mais escravos eram trazidos para a nova capital do Império Luso com o intuito de servir a novos senhores e realizar tarefas que surgiram com o crescimento da cidade. Duas décadas depois, em 1830, possivelmente contrariando expectativas criadas a partir dos acordos firmados entre o Brasil e Inglaterra para o fim do tráfico, a oferta de escravos no mercado se ampliou, principalmente para o Rio de Janeiro. Nunca se viu desembarcarem tantos africanos nos portos brasileiros². Assim, durante grande parte do século XIX o Rio de Janeiro foi a “maior cidade escravista das Américas,

2 Desde o Final do século XVIII, o número de escravos trazidos para o Brasil cresceu de forma avassaladora. Segundo estimativas do historiador Philip Curtin, de 3.901.978 escravos que aportaram no Brasil em 300 anos, 1.774.868 entraram entre 1801 e 1860. É importante lembrar que as estimativas de Curtin levam em conta um universo de 9.705.674 escravos africanos entre o período de 1451-1870. In: KLEIN, Herbert S. O Comércio atlântico de escravos: Quatro séculos de comércio escravagista. Lisboa: Ed. Replicação. 1999.

com a principal concentração de africanos”³. Não seria um exagero dizer que a capital do Império do Brasil era, em 1830, a maior metrópole “africana” do planeta⁴. O aumento da oferta de escravos na primeira metade do século XIX e mudanças no cenário político-econômico mundial, desde a revolução de São Domingos (1791), favoreceram também a ascensão da agricultura cafeeira no Vale do Paraíba. A expansão da cultura do café concentrou uma grande quantidade de escravos nestes plantéis, principalmente nas fazendas do interior do estado do Rio de Janeiro.

Concomitantemente, as mudanças econômicas promovidas pelo aumento do número de escravos e pela ascensão da cultura cafeeira deram início a um processo de transformações sociais e políticas que culminaram com a formação do Estado brasileiro. A partir da Independência, pensar a nação é uma das mais importantes questões para aqueles que eram parte da elite política e social brasileira (médicos, bacharéis em direito, engenheiros, militares, donos de terra, religiosos, administradores públicos e políticos). A construção da identidade nacional foi objeto de debates e da preocupação das elites brasileiras a partir da emancipação política do país⁵ e as discussões sobre civilização e o papel da escravidão na sociedade eram a base para a construção desta *comunidade imaginada*⁶.

3 GOMES, Flavio dos Santos [et al.]. Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX. São Paulo: Alameda, 2006.

4 Segundo Luiz Felipe Alencastro: “considerando que a população do município praticamente dobrou nos anos 1821-1849, a corte agregava nesta última data, em números absolutos, a maior concentração urbana de escravos existentes no mundo desde o final do Império romano: 110 mil escravos para 266 mil habitantes.” In: ALENCASTRO Luiz Felipe de. *Vida privada e ordem privada no Império*. In: Novais, Fernando A. (org.) *História da vida privada no Brasil*. vol. 2, São Paulo: Companhia das Letras, 1997. pg. 24.)

5 A identidade nacional é um tema em movimento e permanente construção. Para esta análise me concentrarei na formação da nacionalidade no século XIX.

6 ANDERSON, Benedict. *Nação e consciência nacional*. São Paulo: Ática. 1989.

Foi neste contexto de formação do império brasileiro, com suas elites repactuando a escravidão e a expansão da monocultura de exportação⁷, que médicos e cirurgiões construíram espaços de produção e divulgação de seus conhecimentos, consolidando as bases do processo de institucionalização da medicina.⁸ Neste período, foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829) que posteriormente tornou-se a Academia Imperial de Medicina (1835), as academias médico – cirúrgicas foram transformadas nas faculdades de medicina (1832), e são publicados periódicos médicos, como *O Propagador das Ciências Médicas*, em 1827⁹.

A institucionalização da medicina, o crescimento avassalador do comércio de escravos na cidade, os debates sobre formação da nação e sobre a legalidade do tráfico negreiro são o solo de onde emerge o discurso médico do Império. Assim, tanto os debates como outras instâncias da produção de conhecimento e treino profissional dos médicos e cirurgiões acontecem em uma sociedade onde a mão de obra escrava além de ser um dos seus alicerces está em debate.

Se a imersão dos médicos do império em uma sociedade escravista nos possibilita refletir sobre a importância do escravo na construção das práticas médicas e na própria institucionalização daquela profissão, os cativos não estavam invisíveis para aqueles que praticavam as artes de curar na colônia. A saúde dos escravos figurava em obras de médicos e cirurgiões na América portuguesa desde meados do século XVII¹⁰.

7 MATTOS, Ilmar R. *Tempo Saquarema: a formação do estado imperial*. Rio de Janeiro: Access.

8 Sobre o processo de institucionalização da medicina no Brasil ver: EDLER, 1999 e KURY, 1991.

9 FERREIRA, Luiz Otávio. Uma interpretação higienista do Brasil imperial. In HEIZER, Alda; VIDEIRA Antônio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

10 Refiro-me ao *Tratado único das bexigas e sarampo*, redigido pelo médico português Simão Pinheiro Morão em 1683.

No século XVIII destacam-se as observações de Luis Gomes Ferreira sobre as doenças dos escravos, que foram registradas em seu *Erário Mineral*, onde o autor descreve doenças relacionadas ao tráfico negreiro e à escravidão, tais como o *maculo*, o *mal de Luanda*, a *bouba* e a *cangalha*¹¹. Esta preocupação com o estudo das doenças dos africanos não estava restrita ao território brasileiro, era parte de uma literatura médica internacional¹² cujo intuito era identificar as doenças locais e propor os tratamentos mais adequados. Entre estas obras forjadas nas relações atlânticas, temos o *Observations sur les maladies des nègres* de Jean-Barthélemy Dazille, traduzido para o português por Antônio José Vieira de Carvalho¹³. A publicação da obra de Dazille deu-se no âmbito das publicações do Arco do Cego e seu objetivo era a redução de mortes dos escravos, o que seria um benefício tanto para o Estado português quanto para particulares¹⁴. Além da tradução do texto de Dazille, podemos citar também como exemplo desta literatura médica atlântica a obra de José Pinto de Azeredo, *Ensaio sobre algumas enfermidades de Angola*¹⁵, escrita a partir de sua prática como físico-mor daquela colônia.

No início do século XIX, os altos índices de mortalidade na travessia do Atlântico, nos mercados de escravos, nas cidades e nas plantações nos mostram a

11 WISSENBACH, Maria Cristina C. 2002 Gomes Ferreira e os símplices da terra. In: FERREIRA, L. G. *Erário mineral*. vol. 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Centro de Estudos Históricos e Culturais, Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 107-149.

12 Segundo Kury, neste período a ciência luso brasileira aproximam-se dos mundo coloniais francês e inglês, podemos perceber isto pelo diálogo entre autores, citações de trabalhos internacionais, bem como a leitura e tradução dos textos de médicos e cirurgiões das colônias inglesas e francesas. KURY, Lorelai. *Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810)*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1):109-29, 2004.

13 DAZILLE, Jean Barthelemy. *Observações sobre as enfermidades dos negros*. Trad. Antônio José Vieira de Carvalho. Lisboa: Tipografia Arco do Cego, 1801.

14 Ver texto de abertura de José Viera de Carvalho In: Dazille, J.B. Op.cit. 1801.

15 Azeredo, José Pinto de Azeredo. *Ensaio sobre algumas enfermidades de Angola*. Lisboa: Regia Officina Typografica. 1799.

crueldade do regime. Ainda, as mortes por males como o tétano e as doenças pulmonares mostram que mais do que epidemias ou falta de imunidade a novas doenças, a brutalidade e o descaso eram os responsáveis pelas mortes de milhares de africanos por ano¹⁶. Estudar as causas para este cotidiano de morte dos escravos não teria despertado o interesse dos médicos? Não apenas pela “curiosidade científica”, mas também como uma oportunidade de angariar respeitabilidade para a profissão?

Certamente naquele período de convergência do campo médico em torno da institucionalização de sua profissão, um dos grandes temas que mobilizavam aquela corporação foi a busca por uma identidade “nosológica” nacional. Identificar as moléstias com maior incidência no país, definir suas causas e construir soluções adequadas à realidade brasileira fortalecia sua identidade profissional e para eles era uma das estratégias para angariar credibilidade perante a sociedade. A produção de conhecimento sobre as doenças que grassavam o território brasileiro, necessitava de um entendimento das condições que constituíam aquelas especificidades. Em sua busca pela produção de conhecimento original sobre a saúde e doença no Brasil, os olhos dos médicos voltaram-se para a natureza, a forma de vida de seus habitantes e a própria constituição física destes. Assim, a produção de saber médico passava pela observação das relações entre doença, ambiente, condições de vida e também constituições físicas dos doentes. Neste contexto as doenças que acometiam os escravos faziam parte do elenco de interesses daqueles médicos para descrever, diagnosticar e prescrever tratamentos para aquelas patologias. Assim, durante a

16 KARASCH, Mary. A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850). São Paulo: Companhia das letras, 2000.

primeira metade do século XIX, periódicos, tratados, manuais e teses médicas traziam estudos sobre doenças que pareciam quase ser exclusivas dos africanos (como a boubá e outras doenças de pele) e discussões sobre doenças relacionadas à pobreza e condições precárias de vida como a opilação, o tétano, a pneumonia e a tísica que acometiam escravos e libertos em larga escala.

O interesse de médicos pelas doenças de escravos e libertos africanos ou crioulos dava visibilidade às precárias condições de vida dos escravos. Algumas das doenças estavam identificadas com a alimentação insuficiente, vestimentas inadequadas e excesso de trabalho. O próprio tráfico ilegal de escravos tornou-se alvo das críticas de médicos que denunciavam aquela prática ilegal como responsável por parte das condições insalubres da corte, estabelecendo a África como local de origem de alguns dos principais flagelos da cidade. Em estudos sobre os índices de mortalidade no Império, alguns higienistas demonstravam preocupação com a grande quantidade de mortes de escravos e culpavam o tráfico ilegal, tanto pela morte dos Africanos quanto pela “importação dos males”.

Em 1850, em plena epidemia de febre amarela, José Pereira Rego escreveu o artigo *Algumas reflexões sobre o acréscimo progressivo da mortandade no Rio de Janeiro*. O então redator do periódico da Academia Imperial de Medicina alertava para a necessidade de ampliar a população do país. As principais formas de atingir este objetivo seriam o incentivo à imigração e a diminuição da mortalidade no país. Para conseguir este último objetivo, seria necessário suprimir suas causas. Além de propor uma especial atenção à higiene pública, Pereira Rego apresentou uma causa “tanto ou mais poderosa” do que as péssimas condições de salubridade: o tráfico ilegal de escravos. Segundo o médico:

Nenhum de nossos médicos práticos deixará de convir, em presença dos fatos por todos conhecidos, que o tráfico d'Africanos nos traz não poucas moléstias epidêmicas e mais ou menos mortíferas; que as bexigas mais de uma vez têm sido importadas da Costa d'África; que as disenterias graves, as oftalmias epidêmicas e as sarnas, que às vezes grassam o Rio de Janeiro, não tem outra causa; por isso que começam a aparecer nas proximidades dos depósitos dos Africanos, e daí se vão estendendo com mais ou menos intensidade ao resto da população.¹⁷

Para o médico, o tráfico não era um problema apenas da Corte, ou das regiões onde os escravos eram ilegalmente descarregados, as doenças se alastrariam lentamente para o interior, ceifando vidas em fazendas distantes. Outros esculápios preocupados com a possibilidade de contágio de doenças que “viajavam” junto com os escravos, responsabilizaram o “infame comércio” pela entrada de doenças no Brasil¹⁸. Um destes, o médico Roberto Jorge Haddock Lobo, que organizou entre 1845 e 1847 os primeiros estudos estatísticos sobre a mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, publicados nos *Annaes de Medicina Brasiliense*, considerou que entre as causas das origens das doenças que atingiam a população da cidade estava:

A excessiva e continuada importação de Africanos por contrabando, que além de nos inocularem física e moralmente toda a sorte de malefícios próprios d'essa raça desgraçada, são aglomerados em pequenos e mal arejados depósitos; onde por falta de medidas higiênicas e de

17 REGO, José Pereira. Algumas reflexões sobre o acréscimo progressivo da mortandade no Rio de Janeiro. *Annaes Brasilienses de Medicina*. 6º ano, vol. 6. n. 2 . 1850 p. 29.

18 RODRIGUES, Jaime. De costa a costa: Escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negro de Angola ao Rio de Janeiro (1780 – 1860). São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

tratamento conveniente, enfermam de moléstias graves, que depois vão disseminar pelo centro da população[...] ¹⁹

O aumento do número de cativos promovido neste período ampliou a disseminação de doenças em senzalas, mocambos e cortiços. Entretanto, não foram apenas as doenças consideradas endêmicas entre os africanos e crioulos que foram utilizadas como argumento opositor ao comércio de “carne humana”; a propagação em solo brasileiro das grandes epidemias de cólera e febre amarela durante a década de 1850, foram atribuídas ao tráfico ilegal de escravos²⁰. As práticas relacionadas à escravidão estavam intimamente ligadas às questões sociais e políticas da saúde pública e higiene.

Alguns proprietários preocupavam-se em diminuir as condições insalubres e manter seus escravos saudáveis. Este zelo estava relacionado a uma perspectiva de racionalização administrativa e econômica de seus plantéis²¹. Cuidar da saúde dos cativos era ao mesmo tempo uma forma de controle dos ânimos nas senzalas, evitando fugas e revoltas²², como também, era uma forma de proteger os seus investimentos financeiros, evitando surtos de doenças ou epidemias que poderiam ceifar toda a escravaria a um só golpe²³. Desta forma, não era incomum encontrar nas fazendas enfermarias, médicos e boticas, estratégias aconselhadas por administradores experientes como o barão de Paty de Alferes, Francisco

19 LOBO, Roberto Jorge Haddock. *Reflexões acerca da mortalidade da cidade do Rio de Janeiro em todo o anno de 1847*. Annaes de Medicina Brasiliense v.3 n. 10 .1848. p. 254.

20 KODAMA, Kaori. Antiescravismo e epidemia: “O tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela”, de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. *História, Ciências, Saúde*. v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.515-522

21 WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. *Memória sobre a fundação e custeio de uma fazenda na província do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. Laemmert. 1847. p.26.

22 MARQUESE, Rafael Bivar. *Feitores do corpo, missionários da mente. Senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Companhia das letras, 2004.

23 SILVA, Eduardo. *Barões e escravidão*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1984. p.150.

Peixoto de Lacerda Werneck²⁴ e Carlos Augusto Taunay²⁵. Entretanto nem sempre era possível obter os serviços de um médico ou cirurgião ou mesmo um prático nas artes de curar, desta forma um freqüente recurso eram os manuais de medicina, responsáveis pela difusão e vulgarização do conhecimento médico²⁶.

Durante o século XIX, muitos manuais médicos circularam pelo Brasil com o objetivo de auxiliar na cura de doenças em localidades onde eram escassos os profissionais de saúde²⁷. Estes manuais eram uma importante fonte de informação sobre os cuidados de saúde que deveriam ser administrados aos escravos enfermos. Tão importantes que em sua memória sobre a administração de uma fazenda, o Barão de Paty de Alferes recomenda os livros do Dr. Langaard, alertando que era necessário a todo o fazendeiro “possuir alguns conhecimentos sobre a arte de curar e a higiene”²⁸.

Segundo o historiador Lycurgo Santos Filho, entre os principais guias utilizados por leigos e práticos nas artes de cura para cuidados de escravos estavam o *Tratado das doenças dos negros*²⁹, publicado aproximadamente em 1818 e circulou entre capitães de navios negreiros, fazendeiros e outros plantadores da capitania do Rio de Janeiro³⁰ e o *Manual do Fazendeiro ou tratado*

24 WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. Op.cit. p. 28.

25 TAUNAY, Carlos Augusto. Manual do agricultor brasileiro. (1ª ed. 1839) Rafael de Bivar Marquese (org.). São Paulo, Companhia das Letras, 2001.

26 Sobre a difusão do conhecimento através dos manuais de medicina popular no século XIX é importante verificar o artigo de Betânia Gonçalves Figueiredo. *Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular*. Educac, Curitiba, Editora UFPR. n. 25, 2005 p. 59-73.

27 GUIMARÃES, M. R. C.: *Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago. 2005.

28 WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. Op.cit. p. 29.

29 Não encontrei esta referência em outros autores, tampouco a localizei em bibliotecas ou arquivos. Possivelmente esta obra é o livro de J.B. Dazille *Observações sobre as enfermidades de negros: suas causas, seus tratamentos e os meios de prevenir*. Traduzida para o português pelo médico Antonio José Vieira de Carvalho.

30 SANTOS FILHO, L. História geral da medicina brasileira. Volume 2. São Paulo: Hucitec/Edusp. 1991p. 439.

*das enfermidades do negro, generalizado à todas as classes*³¹, que foi reeditado mais de uma vez. O manual de Imbert era especificamente voltado para dar suporte ao plantel escravista. Seu capítulo de abertura “*circunstâncias a que deve atender toda a pessoa que desejar fazer uma boa escolha de escravos*”, orientava aos fazendeiros sobre os exames corporais que deveriam proceder nos cativos para efetuarem um bom negócio. Segundo o médico: “são os escravos como uma mercadoria, que passa de uma mão à outra para o consumo, com a única diferença de reservar-se o comprador, em geral, o direito de fazer examinar sua boa ou má qualidade, antes de fechar o trato.”³² Apesar de ser uma obra direcionada a o suporte da administração escravista, é possível que um dos mais populares manuais médicos o *Dicionário de medicina popular* (1841) do Dr. Chernovitz fosse bem conhecido também entre os traficantes de escravos, tendo em vista que foi encontrado no *Relâmpago*, um dos *tumbeiros* apreendidos no período de ilegalidade do tráfico³³.

E ainda, livros como o *Du Climat et des Maladies du Brèsil* de Joseph Francois Xavier Sigaud (1796-1856), considerado uma das mais importantes obras médicas sobre as doenças do Brasil no século XIX, descreve a diversidade populacional do país, mostrando os problemas de saúde que teriam afligido índios, negros e europeus. Em seu estudo da geografia médica brasileira, Sigaud separa um capítulo para tratar exclusivamente das “doenças dos negros”. Neste capítulo, expõe doenças que teriam sido “importadas” da África através do tráfico de escravos:

31 IMBERT, Jean-Baptiste Alban. Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre a enfermidade dos negros generalizado às necessidades de todas as classes. Rio de Janeiro: s.n. 1839.

32 Ibidem, p.1-3.

33 RODRIGUES, Jaime. De Costa a costa: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro, 1780-1860. São Paulo: Cia. das Letras, 2005. p.268.

A introdução dos negros vindos das costas de Cabinda, Angola, Benguela e da parte oriental da África **disseminou, nas praias do Brasil, o escorbuto, a sarna, a oftalmia, a varíola, o piã e a disenteria;** tratam-se de companheiros inevitáveis de um tráfico que estabeleceu uma troca de doenças mortíferas entre os dois continentes.

34

Esta percepção de que certas doenças eram “companheiras inevitáveis do tráfico” foi ganhando adeptos entre os esculápios. Assim, a literatura médica produzida nas faculdades de medicina, manuais médicos, tratados, debates nas academias e periódicos médicos começou a discutir as relações entre tráfico de escravos e propagação de doenças.

Doenças, medicina e escravidão: em torno da historiografia.

Os estudos que estão na interseção entre a história da saúde e a história da escravidão foram tratados no Brasil de maneira periférica por ambas as historiografias por muitas décadas. Questões teóricas e de método tornaram difícil uma abordagem capaz de conciliar estes dois campos do saber.

De um lado, nos estudos sobre a escravidão onde o principal enfoque eram os aspectos econômicos criaram uma concepção sobre o cativo que, submetido à brutalidade do regime que impossibilitava suas ações como indivíduo, tornava irrelevantes os estudos fora do âmbito coletivo, como mão de obra. Assim, era por

34 Sigaud, J.F.X. Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.119.

definição um “escravo coisa” e as questões relativas à sua saúde só faziam sentido a partir da dinâmica da economia. Segundo este ponto de vista, apenas nas quatro últimas décadas do cativeiro estaria entre os interesses de médicos, senhores e o Estado proporcionar cuidados de saúde com o objetivo de aumentar a vida útil e a reprodução da mão de obra. Por outro lado, a História Social das Ciências no Brasil e mais particularmente os estudos sobre saúde têm pouco tempo de existência. Nos fins da década de 1970 é que surgem os trabalhos nesta área. Ainda assim, outras questões emergiam com força. Em um campo praticamente inexplorado, as pesquisas voltavam-se principalmente para discussões ligadas à institucionalização da medicina e à relação dos médicos com as concepções de nação no Império e na República. Além disso, as concepções teóricas hegemônicas consideravam que o escravo não fazia parte dos interesses médicos, principalmente por considerarem estes profissionais como instrumentos das elites para a sustentação de seu poder.

Se não temos a nossa disposição uma vasta bibliografia sobre o tema, podemos tentar discutir alguns aspectos sobre medicina e escravidão em algumas obras e artigos escritos. Dividi esta análise em eixos, não com a pretensão de esgotar estes temas, mas de apresentar um pequeno panorama dos caminhos que considero mais importantes para esta tese. Antes de apresentar os textos mais recentes desta análise, gostaria de iniciar com um estudo que podemos considerar um clássico sobre doenças dos escravos, o livro *Doenças africanas no Brasil* de Octávio de Freitas. Por se tratar de um estudo pioneiro, dedico um espaço maior para uma análise mais cuidadosa.

Octávio de Freitas nasceu em Teresina, Piauí, em 1871. Era filho de José Manuel de Freitas, desembargador que gozava de certa influência política durante

o Império, pois foi Presidente das províncias de Piauí, Maranhão e Pernambuco. Octávio de Freitas se formou em medicina em 1893, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Após o curso voltou para o Recife, onde se dedicou à saúde pública. Foi presidente da Liga Pernambucana contra a Tuberculose, presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco, professor da Faculdade de Farmácia e da Faculdade de Medicina do Recife ³⁵. Além de *As doenças dos africanos no Brasil*, Octávio de Freitas escreveu entre outras obras: *Problemas médicos; Medicina e costumes do Recife antigo; Os animais na história e na higiene; Clima e mortalidade; Histórico da luta anti-tuberculose em Pernambuco e Lepra, leprosos e leprosários*.

Após esta rápida apresentação da vida profissional do autor, analisemos o livro. Octávio de Freitas inicia *As doenças africanas no Brasil* com uma epígrafe de Emílio Goeldi, extremamente reveladora:

Seria uma tarefa tão grata como interessante e meritória para um escritor medico, do país, lançar, uma vez, um arrolamento deste funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou!³⁶

Atendendo ao clamor do famoso naturalista diretor do Museu Paraense, Freitas descreve uma longa lista de doenças que teriam sua origem atribuída à África. No primeiro capítulo – *Bons ares; maus colonos* – o sanitarista recorre a relatos de viajantes para afirmar que no passado, a América portuguesa era uma terra dotada de “uma salubridade admirável”. Com a intensificação da

35 Freitas foi um dos fundadores e diretor da Faculdade de Medicina do Recife

36 Emílio Goeldi, apud FREITAS, Octavio de. *Doenças africanas no Brasil*. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935. p. 9

colonização, o início do tráfico de escravos teria importado mais do que africanos de diversas etnias:

E, concomitantemente com os negros escravizados, aportavam inúmeras doenças para enriquecerem solertemente o nosso quadro nosológico, até então de uma salutaríssima pobreza.³⁷

Segundo Freitas, a identidade de fatores mesológicos entre o Brasil e a África facilitou a “acolhida” das doenças que atravessavam o Atlântico. Após a adaptação ao ambiente brasileiro, muitas destas doenças ter-se-iam tornado endêmicas e de difícil erradicação. O médico mobilizou relatos de jesuítas sobre epidemias do século XVI e o tratado médico de João Ferreira da Rosa³⁸ entre outros documentos, em um grande esforço argumentativo para mostrar que grande parte das doenças encontradas no Brasil foram trazidas da África. O intuito de Freitas era anular os argumentos dos partidários da idéia de que doenças como a sífilis e as boubas eram conhecidas nas Américas antes da colonização. A responsabilidade pela propagação de epidemias, estabelecimento de endemias e todo um quadro de insalubridade seria dos colonizadores portugueses “que, por cobiça e por interesses pecuniários, conduziram atabalhoadamente os pretos africanos para as nossas plagas, sem exame prévio de suas condições de saúde e sem o menor cuidado.”³⁹. É notável que o diretor da Faculdade de Medicina do Recife não tenha condenado a escravidão em seu estudo. Os crimes e pecados dos colonizadores estavam restritos à não

37 FREITAS, Octavio de. Doenças africanas no Brasil. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935. p.19.

38 João Ferreira da Rosa. Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco. Lisboa; 1694.

39FREITAS, Octavio de. Doenças africanas no Brasil. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935. p.30.

observância de cuidados higiênicos e ao desleixo com a observação de saúde de seus “comensais” africanos. Além da ausência de uma crítica explícita à escravidão, o autor não leva em conta as péssimas condições de vida a que eram sujeitos os escravizados. O que se constrói no decorrer da obra é o inventário das mazelas supostamente herdadas do infame comércio: Maculo, Boubas, Gundú, Frialdade, Bicho da costa, Ainhum, Bicho dos pés, Disenteria, Alastrim e a Elefantíase.

Decerto, algumas doenças eram consideradas por médicos e naturalistas como sendo associadas ao comércio atlântico de escravos. Um exemplo disso é o maculo, uma “terrível doença” que foi desaparecendo com o fim do tráfico de escravos⁴⁰. O “mal-del-culo” ou “corrupção do bicho” era descrita como uma inflamação anal que era “acompanhada de febre intensa, desfalecimento, sonolência e que nos casos graves terminava por gangrena que matava o paciente de um modo cruel e doloroso”⁴¹. A origem do maculo era provavelmente um consenso entre os estudiosos e observadores, diferente das boubas, outra doença analisada pelo autor. Para demonstrar que a África era o “berço de origem” das Boubas era necessário um grande esforço para refutar os estudos clássicos de Bernardino dos Santos Gomes⁴², Sigaud e Silva Lima.

A boubá ou *pian* era uma doença que atacava a pele, deixando o corpo coberto de pústulas. Cronistas descreveram a presença da boubá entre os

40 Freitas cita o estudo de um dos expoentes da Escola Tropicalista Baiana, J.F.Silva Lima, Pathologia histórica e geographica e nosologia das boubas, maculo e Dracontíase no Brasil. Causas de sua actual raridade ou extinção. Bahia; 1891. A doença não teve sua patogenia definida, porém Silva Lima acreditava ser o maculo uma doença parasitária.

41 FREITAS, Octavio de. Doenças africanas no Brasil. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935.

42 Bernardino Antonio Gomes era médico, português e escreveu em 1797 no Rio de Janeiro a obra Memória sobre as Boubas, publicada em Lisboa em 1815 nas Memórias da Academia Real das Ciências In:SANTOS FILHO, L. *História geral da medicina brasileira*. Volume 1. São Paulo: Hucitec/Edusp. 1979.

indígenas desde o século XVI. No século XIX, relatos de viajantes e literatura médica indicaram a virulência da doença entre escravos e pretos e mulatos livres. Esta percepção pode ter contribuído para que autores tenham sustentado a origem africana da doença. É baseado nestes autores, principalmente em Imbert, Lavacher e Alphonse Rendu que Freitas sustenta a origem estrangeira da Boubá. Quando Octávio de Freitas escreveu seu livro, a boubá estava muito mais para uma doença do passado do que propriamente um problema de saúde pública, ao contrário da ancilostomíase ou “frialdade”, outra doença analisada pelo sanitarista do Recife. A “frialdade” foi conhecida por inúmeros nomes: opilação, amarelão, cansaço, inchação, geofagia, cachexia africana, hipoemia tropical⁴³, entre outros. Porém, a doença era conhecida na década de 1930 como a “doença do jeca”, personagem de Monteiro Lobato muito citado nos estudos sobre as campanhas sanitárias no início do século XX. Se posteriormente Lobato culparia a doença e não mais a raça pela indolência de seu personagem, Freitas mais uma vez condenaria a África pela disseminação da doença:

Com efeito, este “Jeca” não seria absolutamente o representante do nosso matuto, si o mal trazido do continente negro não tivesse nele introduzido, inclementemente, pela ignorância e pelo descuido dos colonizadores.⁴⁴

Considerando o conhecimento médico sobre esta doença nas primeiras décadas do século XX, para afirmar sua origem no “continente negro” era

43 Hoje a doença é conhecida como ancilostomíase. É uma verminose causada pelos nematóides *Ancylostoma Duodenale* e *Necator americanus*, parasitas do intestino delgado humano. Os estudos sobre a hipoemia intertropical feitos por Cruz Jobim serão detalhados em outro capítulo.
44 FREITAS, Octavio de. Doenças africanas no Brasil. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935. p.90.

necessário comprovar que seus agentes patológicos eram africanos e que vieram para o Brasil em seus “hospedeiros” escravos. O *Necator americanus*, descrito pelo zoólogo americano Charles W. Stiles em 1902 teve sua origem contestada, recebendo do médico do Recife o epíteto de “verme do continente negro”. Entretanto, o *Ancylostoma duodenale* era um patógeno mundialmente conhecido e encontrado no Brasil. Mesmo assim o autor atenua os efeitos do “verme do continente branco”, que se multiplicariam menos nos trópicos⁴⁵:

O ankylostomo, nascido na Europa, alastrou-se, depois, por toda a Ásia, existindo em reduzidíssimas proporções no nordeste africano.

O necator, impropriamente chamado americano, teve a sua origem na África. Aí ele é abundantíssimo e em profusão podemos encontrá-lo nas suas costas ocidentais e meridionais.

Destes pontos foi ele levado para o continente americano, inclusive o Brasil onde, si não é o único encontrado nos indivíduos “empalamados”, com certeza o será em proporção incalculavelmente maior que o ankylostomo duodenal.

Importado em nosso país, ele logo encontrou um “habitat” de primeira ordem, proliferando em nossas terras de um modo macabramente prodigioso e infestado, em certas regiões, quase toda a sua população descalça⁴⁶

45 Embora o centro da análise da obra de Octávio de Freitas sejam os fatores que o levaram a concluir que a África era o local originário de grande parte das doenças brasileiras e não propriamente discutir as “verdadeiras” causas das doenças ou seu “exato” local de origem, cabe ressaltar as importantes informações que a paleoparasitologia trouxe para a discussão sobre as doenças presentes nas américas antes dos descobrimentos. Por exemplo, o *Ancylostoma Duodenale* foi encontrado no Brasil em corpos mumificados com cerca de 7.000 anos (CHAME, M et. al.. As Migrações Humanas e Animais e a Introdução de Parasitas Exóticos Invasores que Afetam a saúde humana no Brasil. Fundamentos: Publicação da Fundação Museu do Homem Americano. nº 7, 2008. pp.48-62)

46 FREITAS, Octavio de. Doenças africanas no Brasil. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935.

As filárias foram outros nematóides que teriam chegado às Américas nos corpos dos escravos e foram responsáveis por duas doenças muito comuns no cotidiano do cativo: O bicho da Costa e a elefantíase. Sobre o “bicho da costa”, ou “verme da Guiné”, cita ampla bibliografia para fundamentar sua tese da origem africana do parasito. Argumenta ainda, apoiado principalmente no estudo de Silva Lima, que o número de casos da doença decaiu com o fim do tráfico de escravos africanos⁴⁷. Segundo o autor, a elefantíase, era uma doença que estaria presente “mais entre os negros que nas pessoas da raça branca”⁴⁸. A relação entre doença e raça torna-se mais clara quando é analisado o ainhum, uma enfermidade que chamou a atenção dos médicos apenas em 1867, quando foi descrita pela primeira vez por Silva Lima na *Gazeta Médica da Bahia*. Segundo Freitas, além de ter a origem africana, foi considerada “privativa dos indivíduos da raça preta”. A doença é uma espécie de degeneração ou atrofia dos tecidos dos dedos, verificado na maioria dos casos no dedo mínimo dos pés⁴⁹. Sendo uma degeneração de tecidos, o autor afirmou que ela seria um tipo específico da “lepra dactyliana”⁵⁰. Os médicos que pesquisaram o ainhum discordaram desta hipótese, seu principal argumento era a “exclusividade racial” da doença, enquanto a “lepra dactyliana” era encontrada indistintamente entre brancos e negros. A partir disto, para refutar o argumento de Silva Lima, o autor conclui que “na raça branca a Lepra sempre se apresenta com os seus caracteres sintomatológicos clássicos, podendo na raça preta, por **modificações do tipo normal**, se apresentar com os sintomas restritos observados no Ainhum.” (143).

47 FREITAS, Octavio de. Idem, 1935. p. 127.

48 Idem, p.205.

49 O ainhum não teve sua etiologia bem definida, foi descrito e estudado por alguns pesquisadores, porém não chegou a uma conclusão sobre suas causas.

50 FREITAS, Octavio de. Idem, p.142.

Assim, para Freitas, especificidades biológicas dos negros fariam com que uma doença adquirisse características diversas de seus “sintomas clássicos”, gerando assim uma idéia de diferenciação biológica racial.

Podemos perceber uma clara conotação racial na abordagem sobre as doenças africanas feita por Otávio de Freitas quando usa categorias geográficas e raciais como “Vermes do continente branco” e “vermes do continente negro”; quando constrói a idéia de que uma patologia age de forma diferente nos negros e ainda quando avalia que os parasitas do “continente negro” seriam mais agressivos e mais perigosos. Para além dos julgamentos da racialização das doenças, a visão que o autor produz sobre a África é de um continente produtor de doenças. Os africanos são apresentados antes como o transporte dos males do que como doentes, sempre os “portadores das doenças”. Uma maneira de entender o papel dos africanos no livro é justamente o de tratá-los como se fossem vetores e hospedeiros da doença.

O livro de Octávio de Freitas foi lançado em 1835. Um período em que as percepções sobre o que deveria ser a “nação brasileira” estavam em plena negociação. Nas décadas anteriores, principalmente a partir do fim da escravidão, muitos “homens de ciência” explicavam o “atraso brasileiro” através de teorias raciais e ambientais que condenavam a mestiçagem e a presença dos negros na composição nacional⁵¹. Muitos médicos brasileiros nas primeiras décadas da

51 Sobre o tema raça, ciência e identidade nacional no Brasil, ver entre outros: SCHWARCZ, Lilia. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870 - 1930*. São Paulo: Companhia das letras, 1993; MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996; STEPAN, Nancy. Leys. *A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; SKIDMORE, Thomas E. *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976 e LIMA, Silvio Cezar de Souza. *Determinismo biológico e imigração chinesa em Nicolau Moreira (1870 – 1890)*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

jovem república buscavam explicações para as doenças através da idéia de “degeneração tropical e racial”.⁵² Durante a década de 20, o impedimento da imigração de “não brancos” para o Brasil, sobretudo de asiáticos e africanos, foi discutido em um contexto político e social onde se desejava a formação de uma nação homogênea aos moldes das nações européias⁵³. É notável, que apenas dois anos antes do lançamento de *Doenças Africanas no Brasil*, outro ilustre morador de Recife, Gilberto Freire, lançava *Casa Grande e Senzala* (1933), obra que seria o marco fundador de uma visão positiva sobre o legado cultural africano na formação da sociedade brasileira. Tal foi o impacto desta nova visão sobre a importância das raízes africanas que, Freitas parece querer contestá-lo:

Contem e cantem os outros os bons efeitos **desta raça infelicitada pelas circunstâncias mesológicas e sociais em que vivia**, que eu irei pondo “um pouco de água fria” nestes entusiasmos, muito justos talvez, fixando nestas aguadas paginas, **o mal que o colono africano introduziu em nosso país**.⁵⁴

Muitas “águas rolaram por baixo da ponte” após o livro de Freitas. As perspectivas racializadas sobre a saúde dos escravos foram substituídas por uma visão culturalista, influenciada pela obra de Gilberto Freire. Porém a obra de Freitas teve permanência em muitos aspectos e influenciou historiadores da medicina como Lycurgo Santos filho, autor de *História Geral da Medicina*

52 STEPAN, Nancy. Leys. A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 54.

53 RAMOS, Jair de Souza. Dos Males que vem do sangue: as representações raciais e a categoria de imigrante indesejável nas concepções sobre imigração na década de 20. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). Raça ciência e sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

54 FREITAS, Octavio de. Idem, 1935. p. 30.

Brasileira que poucas páginas dedicou à escravidão as quais reproduzem, porém muito das informações de Freitas sobre as “doenças africanas”⁵⁵ Recentemente, mais pesquisadores têm demonstrado interesse pelas relações entre medicina e escravidão. Destaco dois artigos, que promovem um esforço de demonstrar as possibilidades de pesquisa e fontes disponíveis sobre o tema.

Começo com o artigo de Ângela Porto, *O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX*, que apresenta a pesquisa realizada, sobretudo para a compilação de documentos sobre a saúde dos escravos. A autora aponta características marcantes do período o que possivelmente amplia o interesse para estudo do tema neste período: O aumento do tráfico de escravos para o Brasil, mudanças institucionais na escravidão, que em última análise levaram ao seu fim e a estruturação do ensino médico no Rio de Janeiro e Salvador, cidades que recebiam o maior contingente de escravos no século XIX. A historiadora alerta que é necessário rever algumas afirmações apresentadas por parte da historiografia “tais como ter havido uma negligência absoluta dos senhores para com a saúde dos seus cativos ou de os escravos terem sido totalmente dependentes, incapazes de agir sobre sua própria saúde.” Indicando a necessidade de estudos mais detalhados sobre a “contribuição da cultura africana” em nossas práticas de saúde⁵⁶. A autora argumenta baseada no estudo de Mercês Somarriba⁵⁷, que poucos foram os estudos publicados na época com o apoio do Estado sobre a atenção à saúde dos escravos. Ainda nesta linha, salienta o problema da não tematização direta do escravo pela literatura médica.

55 SANTOS FILHO, L. 1979 História geral da medicina brasileira. Volume 1. São Paulo: Hucitec/Edusp. p.101.

56 PORTO, Angela . O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 13, p. 1019-1027, 2006.

57 Este texto será posteriormente analisado.

A partir destes dados, a autora aponta estudos recentes que apresentariam alternativas que contornariam as dificuldades apontadas pelos estudos anteriores. Assim, apresenta estudos sobre fazendas do clero e de pequenos proprietários⁵⁸ e estudos sobre os escravos urbanos que teriam maiores possibilidades de um “cuidado de si”, através da organização de irmandades e confrarias⁵⁹. Além disso, a autora indica a possibilidade de estudos sobre as práticas alternativas de cura usadas por fazendeiros em regiões isoladas que dificilmente recebiam a visita de médicos.

Uma proposta importante feita no artigo é a de novos estudos que reavaliem a origem e disseminação de doenças tradicionalmente relacionadas ao tráfico de escravos. A autora indica os novos estudos da paleopatologia como uma forma de esclarecer questões sobre a origem de muitas doenças atribuídas à África. Ainda, propõe como fontes privilegiadas para os estudos sobre as condições de vida, trabalho e, sobretudo, as doenças dos escravos, os relatos de viajantes, onde, para a autora é possível narrar uma história das doenças dos escravos.

O artigo de Betânia Figueiredo *As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde* também aponta para a necessidade de ampliar as pesquisas sobre as interseções entre história da saúde e escravidão. Segundo a autora, este trabalho poderia ser iniciado:

(...)pelo mapeamento das doenças (classificação, compreensão, hierarquização), a forma de tratamento e interpretação das doenças e do corpo, as pessoas

58 Assunção, Paulo de. A escravidão nas propriedades jesuíticas: entre a caridade cristã e a violência. Acervo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, v. 15, n.1.

59 PORTO, Angela . O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 13, p. 1019-1027, 2006. p.1022.

encarregadas de auxiliarem nos momentos delicados da doença (diagnóstico, prescrição de medicamentos, intervenção no corpo, a saúde e a doença da população escrava no Brasil nos séculos XVIII e XIX compõem um universo de temas possíveis para análises e investigações.⁶⁰

A autora aponta as possibilidades de uso de fontes para esquadrihar o tema. A autora sugere o uso das teses médicas que abordam a escravidão como a de Reinhold Teusher⁶¹, de tratados médicos como o *Erário Mineral*⁶², e finalmente, assim como Ângela Porto sugere os relatos de viajantes. O uso do testemunho dos viajantes é uma contribuição interessante, principalmente para as pesquisas sobre doenças dos escravos até as primeiras décadas do século XIX, devido ao menor volume de fontes sobre o tema no período colonial. Ela chama a atenção para alguns aspectos que devem ser levados em conta, principalmente no âmbito metodológico. Uma questão importante levantada por ela⁶³ é a dificuldade que os pesquisadores encontram ao pesquisar doenças dos escravos devido às descrições dos documentos de época, que valorizavam a exposição da sintomatologia, na maioria das vezes sem associar diretamente a um diagnóstico⁶⁴. Desta forma, esta “imprecisão” deve ser levada em conta em pesquisas onde é necessário especificar enfermidades, como é o caso da apuração de causas das mortes de escravos. Outro aspecto que destaco é a preocupação da autora em diferenciar os manuais médicos das teses da

60 FIGUEIREDO, B. G. As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde. Uma história brasileira das doenças. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p.252.

61 Trata-se da tese Algumas observações sobre a estatística sanitária das fazendas de café em Cantagalo, Província do Rio de Janeiro. Apresentada a faculdade de medicina do Rio de Janeiro para validação de seu diploma. Apenas quatro teses tratam diretamente dos escravos em seus títulos, conforme foi citado por Porto, 2006.

62 O *Erário Mineral* foi escrito por Luis Gomes Ferreira no século XVIII.

63 Também demonstrada por Mary Karasch (KARASCH, 2000)

64 FIGUEIREDO, B.G. Op.cit.2006: 258

Faculdade de Medicina⁶⁵. A identificação do público para o qual se escreve um texto é uma informação fundamental para a análise. A autora ressalta a diferença entre as teses médicas e os manuais como o de Langaard e o de Chernoviz. Estes manuais são entendidos como textos de divulgação de práticas médicas para leigos, com o objetivo de “atender uma demanda da população por textos que sistematizassem a arte de curar e lidar com o corpo doente⁶⁶.” Objetivos diversos da literatura médica acadêmica, voltada para seus próprios pares. Os textos de Ângela Porto e Betânia Figueiredo abrem um leque de possibilidades para a investigação sobre as questões ligadas à saúde dos escravos. Verifiquemos agora de forma pontual textos que abordam três eixos: o interesse pela saúde do escravo, disputas de monopólios de cura e ainda, discurso médico, política e raça.

Com o artigo *Medicina no Escravismo Colonial*, de Maria das Mercês Somarriba, busco o entendimento sobre o interesse pela saúde do escravo. Ali, a autora analisa as ações médicas voltadas para a mão de obra escrava durante o período colonial, tomando Minas Gerais como caso ilustrativo. Na linha interpretativa da *medicalização da sociedade*, afirma que praticamente inexistia uma reflexão médica específica sobre a saúde dos cativos. O “Estado” por sua vez seria negligente quanto a realização de políticas de saúde para a população escrava. Avalia que, devido à posição estratégica desta mão-de-obra, seria razoável ter alguma prática médica voltada para o escravo e ainda, uma espécie de política de saúde estatal: “Poder-se-ia mesmo pensar que ao Estado tivesse cabido algum papel ativo no campo da saúde com vistas às necessidades de

65 FIGUEIREDO, B.G. *Op.cit.* 2006. p.269.

66 Idem.

reprodução das forças produtivas básicas da formação social escravista brasileira.”⁶⁷. Tal visão está diretamente ligada ao livro *Danação da norma*, cujo argumento principal seria de que “no Brasil a medicina social não se constituiu como uma medicina do trabalho e sim como um projeto disciplinar voltado para o meio urbano”⁶⁸.

A autora utiliza como referencia para a análise da sociedade escravista o conhecido estudo de Jacob Gorender, *O escravismo Colonial*. Ela argumenta que a exploração predatória do trabalho escravo, cujo interesse seria obter o máximo de produção em um curto espaço de tempo, estaria em contradição com a conservação da utilidade produtiva do escravo, esta, onerosa para o produtor. O conjunto de aspectos econômicos característicos do escravismo brasileiro seria suficiente para justificar a inexistência da preocupação com a saúde do escravo. A “reprodução física da força de trabalho” era feita predominantemente através da compra de mais africanos e não da reprodução dos cativos que viviam no Brasil. O que seria suficiente, segundo a autora, para justificar o descaso dos médicos com o corpo escravo. Ainda, a “necessidade” de retorno rápido do investimento feito na compra de escravos e a concepção destes como propriedade ou “coisa”, seria suficiente para considerar oportuno o uso desta força de trabalho até o limite e substituí-lo por outro do que fazer investimentos adicionais em saúde e boas condições de vida para a sua manutenção.

Assim, a autora verifica que ocorreram poucas iniciativas de “intervenção médica sobre o corpo escravo”. Estas iniciativas eram de caráter particular, dos proprietários. O envolvimento do poder público, segundo ela, seria “distante e

67 SOMARRIBA, Maria das mercês O. Medicina no escravismo colonial. Textos de sociologia e antropologia, n.1. Belo Horizonte: Departamento de Sociologia da Fafich/UFMG. p.02

68 Idem, p.25

difuso”, limitando-se à preparação e divulgação de alguns livros para a orientação dos proprietários para os cuidados de saúde de seus subordinados⁶⁹. No único caso concreto analisado pela autora, o da mineradora inglesa de Morro Velho, a autora percebe uma prática diferente do quadro que ela construiu, com hospitais que tratavam de pacientes escravos, inclusive partos e ainda realizavam vistorias diárias de saúde⁷⁰. Para explicar esta distorção do modelo, a autora atribuiu à prática na Inglaterra de cuidados médicos voltados para os trabalhadores.

O estudo de Mary Karasch é um bom contraponto à interpretação de Somarriba, pois avalia de forma diversa o interesse médico pelo escravo. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro* é uma obra grande relevância para o estudo das relações entre medicina e escravidão, sobretudo os capítulos: *As almas: os que morriam, sob o açoite* e *As armas dos feiticeiros: doenças*. Usando como base o corpo documental dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia, investiga estas fontes associando a análise de teses e relatórios médicos da época, importantes fontes para o estudo sobre a doença dos escravos. Seu texto traça um panorama da saúde da população escrava até 1850 e as concepções médicas sobre a prevenção e tratamento das principais doenças. Karasch destaca igualmente a existência de hospitais que cuidavam do atendimento médico dos escravos, como a Santa Casa de Misericórdia e o hospital dos lázaros⁷¹. Ainda, no decorrer dos capítulos, utiliza relatos de médicos como J.F.Xavier Sigaud, J. B. Imbert, R. J. Haddock Lobo e J. V. Torres Homem sobre escravos doentes. A autora cita, além disso, casos de escravos que chegaram

69 Idem, 13.

70 Idem, 21

71 KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850)*. São Paulo: Companhia das letras, 2000. p.194-195.

doentes da África e foram tratados após chegar ao Rio de Janeiro ⁷². Porém não atribuo à autora uma visão idílica de tratamento de saúde dos escravos. Pelo contrário, sua pesquisa empírica demonstrou que mais que os castigos físicos e epidemias, o que ceifava a vida dos escravos era o desprezo. O descaso dos senhores com a alimentação, habitação, condições de higiene e estrutura das habitações e o excesso de trabalho.

Para além dos questionamentos sobre o interesse de “médicos diplomados” e do Estado em viabilizar uma estrutura de cuidados de saúde para os escravos, alguns estudos mostram como o atendimento de saúde para os cativos foi considerado estratégico na disputa pelo monopólio da cura no século XIX. A historiadora Ângela Porto nos mostra como a homeopatia cria uma estrutura de assistência aos escravos, objetivando a construção da legitimidade desta prática terapêutica. A autora nos mostra em *Assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro o tratamento homeopático* o interesse dos médicos homeopatas em cuidar da saúde dos escravos na província do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX. Estes médicos realizaram uma série de práticas que viabilizaram o atendimento de escravos em enfermarias e consultórios médicos, ajudando na difusão desta terapêutica.

Algumas características próprias da homeopatia eram de extrema relevância para a aproximação desta com os cativos. A caridade era um importante aspecto da obra de Benoît Mure, médico Francês que trouxe a homeopatia para o Brasil. Assim, os homeopatas eram entusiastas da assistência médica gratuita aos pobres e aos escravos. A dinâmica de divulgação das técnicas homeopáticas foi outro fator que propiciava sua popularização entre escravos. Os homeopatas

72 Idem, 239

vendiam boticas acompanhadas de instruções de preparo dos remédios e manuais de tratamento médico. Assim, fazendeiros que viviam em locais distantes, poderiam cuidar eles mesmos de seus escravos. A autora demonstra o sucesso desta divulgação dos homeopatas ao citar que muitos inventários das fazendas de Vassouras possuíam estojos e receituários homeopáticos. Nos mostra ainda que a homeopatia estava representada em pelo menos 13 municípios da província⁷³.

Decerto, a possibilidade de auto-medicação deveria agradar a muitos fazendeiros e, por sua vez, o atendimento médico gratuito seria bastante sedutor aos escravos. Porém, o fator que mais deve ter contribuído para o sucesso da terapêutica, segundo a autora, era a proximidade de concepções de saúde e doença entre homeopatia e medicina popular: A familiaridade da prática homeopática com a medicina popular, tanto a europeia como a africana, é notável. O aspecto espiritualista da medicina homeopática que se fundamenta numa filosofia vitalista, no poder de cura de substâncias imateriais, e que leva em conta o psíquico e o físico na definição da doença, identifica-se com a mentalidade dos brasileiros, propensos a seguir uma visão mais espiritualizada da doença e da saúde. O preparo do remédio homeopático envolve as operações de triturar, diluir e bater várias vezes o frasco com a substância medicamentosa, a fim de dinamizá-la, como na prática médica africana em que os remédios só têm poder de cura quando "energizados" por intermédio de operações semelhantes.⁷⁴

73 PORTO, Ângela. A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático. Rio de Janeiro; Fundação Casa de Rui Barbosa (Papéis Avulsos, 7). 1989.

74 Idem, p.03

A identificação de escravos com a homeopatia pode ser verificada pela autora ao apontar o número destes pacientes atendidos no consultório homeopático fundado pelo Dr. Mure. Em 13 anos de funcionamento, foram atendidos 14.422 cativos⁷⁵. Além do número consistente de atendimentos médicos aos escravizados, é notável o conjunto de iniciativas dos homeopatas para os cuidados de saúde, identificado como “Socorro para os Pretos”. Entre os empreendimentos estava a Cia. Prosperidade de Seguros de Vida de Escravos⁷⁶, o nosocômio para pretos e os consultórios gratuitos para os pobres (que também atendiam escravos), que de acordo com a autora, chegaram a 36, apenas na Corte. A criação de um “plano” de cuidados médicos dos escravos, identificando os pacientes a partir do seu lugar social. Esta atitude pode ser interpretada como uma estratégia legitimar sua terapêutica e conquistar parte do espaço conquistado pelos alopatas, que por sua vez, lutavam por sua institucionalização e pelo monopólio das práticas de cura. Esta estratégia foi seguida e analisada por Tânia Salgado Pimenta em seu artigo sobre a epidemia de cólera do Rio de Janeiro.

Em *Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855*, a historiadora Tânia Salgado Pimenta narra as ações dos médicos durante a primeira epidemia de cólera no Rio de Janeiro. A autora argumenta que em meio ao surto epidêmico, com os ânimos aflorados, as divergências com relação ao controle da doença tornar-se-iam evidentes entre médicos (alopatas e homeopatas), autoridades e outros setores da sociedade. Ela ressalta como a medicina acadêmica, que consolidava seu processo de institucionalização profissional e

75 Idem, 10

76 A Cia. Prosperidade se propunha a fornecer para fazendeiros, seguro de vida de seus escravos e assistência de saúde deles. Para saber mais sobre este empreendimento ver Porto (1989).

monopólio das atividades terapêuticas, sofre um grande revés durante a epidemia. Com o avanço do “vômito preto”, terapias consideradas ilegítimas e remédios de todos os tipos eram ofertados em anúncios de jornais. Um sinal evidente da fragilidade do poder médico, que não conseguia reprimir os ditos “charlatães”. Neste cenário caótico, a elite médica polariza com a homeopatia uma disputa de poder e prestígio. De acordo com a pesquisa da autora, o serviço dos homeopatas era requisitado pelas autoridades no atendimento aos doentes nas enfermarias e nas comissões médicas, principalmente porque esta terapia era muito popular entre as “classes pobres”. A credibilidade entre os doentes era tão grande que foi criada na Santa Casa de Misericórdia uma enfermaria provisória constituída por homeopatas⁷⁷.

Enfatiza também o processo de expansão da terapêutica nestes tempos coléricos. Primeiro cita um grupo de médicos alopatas que aceitaram em um posto coordenado por eles, que doentes de cólera tivessem tratamento homeopático. Ainda, aponta como indicativo desta expansão a “conversão” de médicos alopatas a “escola do *similia similibus curantur*”, inclusive de médicos de prestígio como o Dr. J. R. Pereira Reis, Inspetor Geral do Instituto Vacínico⁷⁸. Merece destaque o fato de grande parte dos escravos serem tratados através da homeopatia. Como foi dito, segundo a autora, isto se devia provavelmente à proximidade dos conceitos de doença e cura entre da homeopatia e das concepções populares, incluindo as africanas⁷⁹.

77 PIMENTA, T. S. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. In: Dilene Raimundo do Nascimento; Diana Maul de Carvalho. (Org.). Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004.p.43.

78 Idem.

79 Ibid. p.50

No eixo epidemias e disputa de poder entre práticas de cura, o texto de Ariosvaldo da Silva Diniz nos mostra como este momento de crise trouxe à tona a disputa entre a medicina acadêmica e as práticas de cura populares. No Recife, os escravos foram responsáveis pela pressão social sobre os médicos e o Estado. Em seu artigo *As artes de curar nos tempos do cólera* trata da epidemia de cólera em Recife no ano de 1856. Especificamente, o autor aborda os embates entre medicina acadêmica e medicina popular ocasionados pela popularidade (durante o surto epidêmico) de um curandeiro, Pai Manoel, respeitado pela população pobre que lhe atribuía a capacidade de curar doentes de cólera. Ele demonstra o papel da pressão social no episódio em que questões raciais e de classe foram mobilizadas para promover e desqualificar terapêuticas e agentes de cura.

No auge da epidemia de cólera, com a divulgação das curas que teriam sido realizadas pelo Doutor Manoel da Costa⁸⁰ o seu prestígio entre a população se elevava e os agentes da medicina oficial sofriam ameaças de ataques de pretos e pardos, livres e escravos. A comoção popular chegou ao ponto do Presidente da Província autorizar as práticas de cura de Pai Manoel no Hospital da Marinha, cuidando especialmente de pretos e pobres. Essa permissão gerou um mal estar entre os médicos do Recife, o que culminou na renúncia coletiva da comissão de higiene Pública de Pernambuco e gerou discussões na Academia Imperial de Medicina, um dos mais importantes centros do saber médico no Brasil. O incidente tomou rumos surpreendentes. Pressionado pela elite médica de Recife devido à morte no hospital de alguns pacientes do escravo Manoel da Costa, o

80 Manoel era chamado de doutor nas ruas de Recife, segundo análise de Diniz, seria uma forma de demonstrar apoio as suas práticas e ridicularizar os médicos.

governador manda prender o curandeiro. A partir disso, a população se enfurece e acusa os brancos de usarem o cólera para envenenar e matar os negros. Assim, a prisão de Manuel seria um artifício das autoridades para impedi-lo de curar os escravos e pretos livres. Para além das divergências sobre doença e cura no universo cultural popular e na “medicina acadêmica”, o que torna interessante tal episódio é a disputa social em torno da prática de cura. Por um lado, as camadas pobres reivindicaram o direito de uso de suas próprias crenças de cura e por outro, a luta interminável dos médicos pelo “monopólio da cura” e legitimação de seus saberes.

Além da questão do monopólio de cura, podemos ler o artigo pensando nas mediações entre raça, política e discurso médico, eixo que proponho para a leitura de *Cidade Febril* de Sidney Chalhoub. O historiador faz em seu livro um enfoque ligado à história social da cultura, contribuindo para os estudos em história da saúde. O livro é dividido em três capítulos, onde o autor trabalha as relações entre o discurso científico, interesses políticos, relações sócio-econômicas e relações raciais. O primeiro capítulo trata da destruição do cortiço “Cabeça de Porco”, em 1893, sob alegações de saúde pública, pois o cortiço seria um foco de insalubridade. Segundo o autor, as questões de higiene pública serviriam de justificativa para a destruição dos cortiços, quando as verdadeiras motivações seriam de ordem sócio-econômica, envolvendo mercado imobiliário, mudanças de relações no mundo do trabalho e a desconfiança das “classes perigosas”. No terceiro capítulo, Chalhoub trata da varíola e da campanha de vacinação. Neste capítulo, o historiador propõe uma nova interpretação para a resistência da população à vacina, pensando nas tradições africanas de

“variolização”, e explorando o abismo cultural que havia entre a visão das autoridades médicas e a da população pobre sobre as práticas de vacinação.

O segundo capítulo, sobre febre amarela, é um interessante estudo que associa concepções sobre raça, políticas de combate a epidemias e mudanças nas estruturas econômicas e sociais com a falência da escravidão. O autor demonstra a mudança de postura dos higienistas com relação às concepções raciais comparando as epidemias de febre amarela em 1850 e 1870 e, paralelamente a isso, a mudança de postura das autoridades públicas quanto às políticas de controle da doença. Chalhoub argumenta que, com a desestruturação da economia escravista, a febre amarela foi combatida com veemência pelas autoridades, pois atingia de forma avassaladora os imigrantes europeus e colocava em risco o novo projeto econômico baseado na mão-de-obra livre. Enquanto isso, a tuberculose e outras doenças que matavam prioritariamente a população negra não eram combatidas com a finalidade de apagar o legado africano. Desta forma, esta prática seria precursora dos projetos de branqueamento da nação:

“Em outras palavras, ao lidar com o problema da febre amarela num momento histórico particular, as autoridades de saúde pública dos governos do Segundo Reinado inventaram alguns dos fundamentos essenciais do chamado “ideal de embranquecimento” – ou seja, a configuração de uma ideologia racial pautada na expectativa de eliminação da herança africana presente na sociedade brasileira. Tal eliminação se produziria através da promoção da vinda de imigrantes, do incentivo à miscigenação num contexto demográfico alterado pela chegada massiva de brancos

européus, pela inércia, e também pela operação de malconfessadas políticas específicas de saúde pública.⁸¹

Este argumento de descaso com as doenças das populações negras, como forma de promover indiretamente uma política de branqueamento foi utilizado por Dalila de Sousa Sheppard em seu artigo “*A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940*”⁸². Neste artigo, a autora aponta a indefinição dos médicos quanto às causas da tuberculose, evitando associá-la à “raça negra” como indício de uma proposital inércia na promoção de políticas públicas de saúde das populações negras.

Um contraponto importante aos argumentos de Chalhoub é apresentado no artigo de Marcos Chor Maio, *Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX*. Para Maio os médicos de meados do século XIX que comungavam do ideário neo-hipocrático, influenciaram os higienistas do início do século XX, principalmente com relação “à recusa a chaves explicativas de natureza racial”. O autor critica entre outras a associação do pensamento médico de Pereira Rego e Torres Homem a interesses da classe senhorial, o “descaso” das autoridades médicas com relação à tuberculose e a relação proposta por Chalhoub entre conjuntura econômica, produção científica e políticas de higiene pública⁸³.

81 CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das letras, 1999.p.62

82 SHEPPARD, Dalila de Souza. *A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870 – 1940. História, ciências, saúde – manguinhos*, vol. VIII(1):172-192, mar-jun. 2001

83 MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MONTEIRO, Simone. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

O pensamento médico sobre o escravo: críticas e concepções

Por muito tempo a relação entre pensamento médico e escravidão foi retratada em poucos trabalhos e de forma periférica. Alguns destes textos apresentavam a tendência de atribuir aos médicos discursos e práticas que teriam como objetivo central controlar a sociedade e impor uma nova ordem, capitalista e burguesa. Algumas das idéias em cena até agora devido ao pouco estudo do tema precisam ser reavaliadas à luz de novas abordagens. Um dos pontos que devem ser revisitados é a idéia de que a preocupação com a saúde e reprodução dos cativos começam a partir da interrupção do tráfico ilegal em 1850 devido à dificuldade de se conseguir africanos e, conseqüentemente, o aumento dos preços dos trabalhadores escravizados. Nos periódicos médicos publicados entre 1829 e 1850, sob os auspícios da Academia Imperial de Medicina encontramos um número significativo de textos sobre saúde dos escravos. Mesmo os manuais publicados no mesmo período e que versam sobre a administração de fazendas mostram interesse pela saúde e reprodução dos cativos, preocupados com uma racionalização do trabalho e a estabilização das comunidades escravas das fazendas.

Desta forma, uma explicação apenas de cunho estrutural-econômico não seria suficiente para explicar as relações entre os médicos e a sociedade escravista. A idéia de que o interesse médico pelos escravos é movido pela necessidade de lucro dos plantadores não dá conta da complexa relação entre os agentes envolvidos na saúde das fazendas. Outro argumento que precisa de revisão é a afirmação de que a saúde do escravo não era uma questão relevante

para o pensamento médico do século XIX. Seus defensores apresentam como prova o reduzido número de teses médicas e artigos sobre a escravidão⁸⁴. Este argumento é derivado da idéia que atribui aos médicos o controle da sociedade através da disciplina e normatização de seus hábitos, o que ficou conhecido como processo de *medicalização*. Porém, ao defender que estes profissionais tinham como objetivo o controle social e estavam a serviço das estruturas de poder, os autores acabaram por reduzir o conhecimento médico à ideologia: concepções científicas, teorias e práticas médicas seriam usadas com o objetivo de justificar e legitimar o controle social. Assim, esvazia-se o conhecimento destes homens de ciência e a compreensão de seu campo específico de atuação e de legitimação. Se a intenção dos signatários da interpretação do processo de medicalização era demonstrar uma desproporcional relação de poder, acaba tornando o escravo apenas uma vítima sem voz, passiva. Essa perspectiva tira toda a possibilidade de vê-lo como ator social que se relaciona de forma dialógica com a sociedade que o cerca. Este olhar que exacerba o “poder médico”, treinado para ver a exclusão do negro, consegue enxergar apenas exclusão e, ironicamente, elimina toda a possibilidade de verificar as relações entre os médicos e os escravos.

Ao analisar os testemunhos, os autores quiseram imputar aos médicos do século XIX suas próprias expectativas. Quando procuraram discussões explícitas sobre categorias sociais, os autores não levam em conta que médicos irão discutir a causa das doenças, formas de cura, concepções de saúde. Assim, para encontrarmos “o negro no pensamento médico” precisamos verificar as discussões sobre doenças, principalmente doenças consideradas para os

84 MACHADO, Roberto (et al.) *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições graal, 1978.

médicos daquele período, específicas do africano, da escravidão e da pobreza. Se procurarmos nas teses e artigos títulos que contenham a palavra “escravo” ou similares, certamente encontraremos poucos textos. Porém, não considero que isto seja um indício ou prova de desinteresse pela saúde dos africanos e seus descendentes escravizados ou libertos. Devemos nos lembrar que estamos analisando documentos que tem uma especificidade: são textos científicos, cujo enfoque eram as questões relacionadas à saúde, doença e cura. Nem escravos nem tampouco outros grupos sociais eram interesse primário dos médicos. Portanto, poucos títulos estavam intimamente relacionados a grupos sociais.

A partir de uma análise mais cuidadosa em artigos e teses sobre as doenças relacionadas no período aos escravizados, negros e africanos libertos, percebemos que existe uma considerável produção intelectual que aborda o tema. Alguns dos estudos considerados de grande importância no processo de institucionalização da medicina brasileira são relacionados a doenças frequentemente encontradas em escravos africanos e crioulos, sem que o título da tese indique esta vinculação social. Por exemplo, na tese *A Elephantiasis dos gregos*, Joaquim José da Silva atribui a origem da lepra, aqui denominada elefantíase dos gregos, ao continente africano e aos africanos a sua transmissão:

Na parte histórica deste trabalho, provado deixamos que da África e da Ásia foram levados os germens da elephantiasis para a Europa, e que **da África com os negros para a América veio a causa das boubas e da morphéa. Vimos também nesta parte que do coito com os Africanos e das intimas relações com eles resultava a elephantiasis.** Estes fatos sós bastariam para nos guiar pela mão na pesquisa da causa desta moléstia, e levar-nos

a descobrir que era ela o vírus syphilitico genuíno, aquelle, que produz as boubas, e que não tem cessado de se reproduzir na África.

Nós porém não contentes só com as claras luzes, que da história tiramos, e acima enumeramos, vamos fazer na observação dos fatos, que imos (sic) expender, a confirmação do que a história obriga a deduzir.

Observação XXII

D.Mathildes, filha de D. Angélica e de Silvestre de Souza Pereira, foi amamentada por uma **ama afetada de boubas**, pelo que ela as sofreu também, e delas apresenta ainda os sinais: ela e seu filho de nome Guilherme ficaram elephantiacos.

Observação XXIII

João, Benguella, **escravo** do falecido padre rosa, teve uma boubas na planta do pé, e depois morphéa.

Observação XXIV

Domingos, Moçambique, **escravo** de Joaquim Leonel da Silva Castro, morador em Pilões, teve boubas em sua terra, e está morphético.

Observação XXV

Marcello, **escravo** do falecido Joaquim Faro, foi em Angola affectado de boubas, hoje está elephantiaco.⁸⁵

Além de estabelecer a África como centro transmissor e tornar o africano uma espécie de vetor, o texto mostra outro aspecto importante para a pesquisa: o uso da observação das doenças em escravos e em negros e mulatos libertos na produção de conhecimento médico. Outros relatos de observação de doenças estão publicados em periódicos médicos, o que nos indica o interesse pela saúde dos negros escravizados ou libertos bem como o esforço para perceber os mecanismos das doenças em populações africanas e de seus descendentes.

85 SILVA, Joaquim José da. A Elephantiasis dos gregos. Tese apresentada à faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1847.

Certamente, médicos compartilhavam experiências e interesses com as elites escravocratas. Mas isto não quer dizer que esta “filiação identitária” seja *a priori* a mais importante na formação profissional destes médicos. É importante aqui precisar que, o interesse médico em curar escravos não é simplesmente o reflexo da necessidade da estrutura social e econômica da escravidão. É interesse do “senhor” que os escravos estejam sadios, por cuidado com seus investimentos e, além disso, para o controle de seu comportamento. Porém, o interesse médico está pautado principalmente pela prática de sua profissão: curar, salvar vidas e por uma tentativa de compreender as dinâmicas de saúde e doença no clima tropical. Ao buscar o entendimento sobre a intervenção médica na sociedade, a ênfase exagerada no poder médico e na sua “filiação ao poder”, os autores minimizam aspectos importantes relacionados à profissão médica em particular e à ciência em geral.

A ciência é um de práticas e conhecimentos humanos e como tal, sofre todas as influências do seu tempo, suas crenças, suas convicções políticas, seus códigos sociais e morais. Neste sentido, penso na ciência como um conhecimento socialmente construído. Porém, é importante perceber a especificidade do conhecimento científico e da própria formação destes médicos, que são profissionais treinados dentro de códigos específicos, criados por seus pares, com tradições e práticas particulares do ofício e uma visão de mundo moldada por este “treinamento” dentro da profissão médica. Portanto, embora os médicos mobilizem seus conhecimentos em muitos momentos para intervenções na sociedade, não usam como recurso puramente retórico, mas sim pela crença de que estão exercendo o seu papel: de salvar indivíduos e a harmonizar a sociedade.

Apresentando questões, escolhendo caminhos

O contexto da produção dos escritos médicos é muito importante para entender os motivos que me levam a crer na existência do interesse daquele grupo pela saúde do escravo. Em primeiro lugar, um texto médico é criado respeitando um conjunto de regras estabelecidas pelos seus pares, que compartilham as mesmas visões de mundo e conjuntos de conhecimentos (ou crenças, se preferirmos) adotados, aceitos e forjados dentro de um contexto maior: a medicina. Quando um membro da Academia Imperial de Medicina escreve um artigo sobre elefantíase dos gregos, tísica ou opilação, ele mobiliza uma série de conhecimentos identificáveis por médicos em diversas partes do mundo. Um conjunto de conhecimentos próprios desta profissão, que tem regras próprias, com sistema de testes próprio. Se o conhecimento científico tem suas características próprias, ainda assim, é uma produção humana, é cultura, mediado por valores sociais e culturais de seu tempo e lugar:

uma atividade exercida por seres humanos agindo e interagindo; portanto uma atividade social. Seu conhecimento, suas afirmações, suas técnicas foram criadas por seres humanos e desenvolvidos, implementados e compartilhados por grupos de seres humanos. Conhecimento científico é, fundamentalmente, portanto, conhecimento social. Como atividade social, a ciência é claramente um produto da História e dos processos que ocorreram no tempo e no espaço envolvendo seres humanos.

Esses atores tiveram vidas não somente na ciência, mas nas sociedades mais amplas das quais eles eram membros.”⁸⁶

Desta forma, entendo que os médicos acreditavam em suas práticas e acima de tudo acreditavam firmemente que seriam capazes através de suas reflexões e práticas de pesquisa alcançar seus objetivos principais, combater e prevenir doenças. Porém, este conhecimento que se propõe objetivo, imaculado de interesses “mundanos” é produzido por seres mergulhados em questões próprias de seus contextos. O que me faz entender a ciência enquanto uma prática cultural: “a ciência sendo um dispositivo que produz e inventa uma ordem e não um dispositivo que “desvela” a ordem escondida da natureza”⁸⁷.

Penso a produção do discurso médico do século XIX a partir das idéias concebidas por Fleck, onde a produção do conhecimento científico é socialmente construído. Assim, é relevante apresentar rapidamente o autor. Ludwik Fleck (1896-1961) teve formação médica e se dedicou a estudos no campo da microbiologia. Interessou-se pela filosofia, sociologia e história da ciência⁸⁸. Seu trabalho mais importante é o livro *A gênese e o desenvolvimento de um fato científico*, editado em 1935. Fleck “percebe a ciência como uma atividade coletiva complexa, que deve ser estudada por filósofos, historiadores, sociólogos, antropólogos e lingüistas (...)”⁸⁹. O autor estabelece sua linha de pensamento e a

86 MENDELSON, apud FIGUERÔA, Silvia. Para pensar a vida de nossos cientistas tropicais. In HEIZER, Alda; VIDEIRA Antônio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

87 PESTRE, Dominique. Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos IG/Unicamp, Campinas*, v.4, n.1, 1996.

88 (SCHÄEFER, Lothar & SCHNELLE, Thomas. Los fundamentos de la vision sociológica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciência. In: FLECK, Ludwik. *La gènesis y desarrollo de um hecho científico*. Madri: Alianza, 1986. p.17

89 LOWY, Ilana. Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. I, número 1, 1994.p.12.

descrição de suas categorias epistemológicas, baseado em um estudo de caso da história da medicina: o desenvolvimento do conceito de sífilis e sua identificação diagnóstica pela reação sorológica de Wassermann, com a verificação da presença de anticorpos no soro sangüíneo de pacientes enfermos. Ele traça um histórico do que chama de “pensamento sifilidológico”⁹⁰. As explicações para a doença seriam desenvolvidas desde suas origens em três vertentes principais com origem em diferentes grupos sociais em diferentes épocas. O primeiro desdobramento representava a enfermidade ligada a excessos sexuais. O nascimento deste pensamento teve suas origens nos séculos XV e XVI e relacionou a doença a aspectos astrológicos, o que contribuiu para explicar o caráter venéreo da sífilis. Acreditava-se que a conjunção entre Saturno e Júpiter sob o signo de Escorpião na casa de Marte, ocorrida em 25 de novembro de 1484, fora a causa do mal. Segundo esta crença, o signo de Escorpião está relacionado às partes sexuais. A forma de transmissão sexual, portanto, fez com que a enfermidade se tornasse estigmatizada, sendo vista como um castigo pelos religiosos, que lhe conferiram um significado ético especial⁹¹.

A segunda vertente descrevia a moléstia sob a perspectiva empírico-terapêutica com o uso do mercúrio como forma de cura. Esta idéia provinha de médicos empiristas que tentavam empregar diversos preparados farmacológicos para o tratamento da enfermidade. Há relatos do uso de mercúrio em pacientes sifilíticos desde o século XIV. Porém, até o século XIX não foi possível estabelecer um conceito da doença baseado neste procedimento por existirem outras enfermidades classificadas como sífilis, nas quais o tratamento por

90 FLECK, Ludwik. La gènesis y desarrollo de um hecho científico. Madri: Alianza, 1986.p. 46.

91 Idem, p.46.

mercúrio não produzia efeito. Isto levou alguns cientistas a duvidarem da existência da doença⁹².

Na terceira corrente, que surgiu entre os séculos XVIII e XIX, a doença foi tratada como um conceito experimental da patologia, na qual se procurava distinguir o mal venéreo em várias doenças como a gonorréia, a sífilis e o cancro mole.⁹³ A noção popular do sangue como um humor com propriedades especiais conduziu ao pensamento do sangue sífilítico. Estas vertentes contribuíram para o conceito "atual de sífilis"⁹⁴, utilizado como base para o desenvolvimento da reação de Wassermann.

O conhecimento para Fleck⁹⁵ se desenvolve por intermédio de um coletivo construído pelas concepções dos cientistas, que interpretam os dados empíricos e moldam a realidade de acordo com sua visão de mundo, a fim de explicá-la. O conhecimento é vinculado e está na dependência de fatores sócio-culturais e empíricos, exercendo influências sobre a realidade social. Portanto, o conhecimento é o resultado sócio-histórico de um coletivo. O autor leva em consideração as diversas visões e interpretações de um mesmo fato por diferentes grupos de indivíduos, o que resulta em vários estilos de pensamento. Ainda, devemos ficar atentos a especificidades relacionadas à produção do conhecimento científico e de socialização e aprendizado dos homens de ciência, sobretudo os médicos. Segundo Schäfer e Schnele (1986), em artigo anterior a *A gênese e o desenvolvimento de um fato científico*, Fleck distingue três tipos de fatores sociais influentes em toda atividade cognitiva:

92 Idem, 48-51.

93 Idem, 52-54.

94 Atual no âmbito do texto, em 1935.

95 FLECK, op.cit. p.86.

Em primeiro lugar,

“O peso da formação”. O conhecimento se compõe em sua maior parte do aprendido, e não do novo. Toda transmissão de conhecimento, durante o processo de aprendizagem, se produz de forma imperceptível, deslocando-se do conteúdo cognitivo. O conhecimento transmitido não é exatamente o mesmo para quem transmite e para quem recebe, o conhecimento se transforma ao passar para outra pessoa.

Em segundo lugar,

“A carga da tradição”. Todo saber novo está direcionado pelo já conhecido.

Finalmente,

“A repercussão da sucessão do conhecimento”. Uma vez que tenha sido formulado em sua forma de concepção, limita o campo de movimento das concepções construídas sobre elas. Por tanto, somente tendo em conta as condições sociais do conhecer, pode se ter a compreensão de muitas outras realidades, junto a realidade estabelecida pelas ciências naturais.⁹⁶

Assim, devemos perceber a medicina como prática social, influenciada pelas questões de seu tempo, mas também obedecendo a regras construídas em conjunto, em seus coletivos de pensamento em âmbito nacional e internacional. Um médico do início do século XIX acreditava profundamente na ciência que produzia⁹⁷, porém esta criação estava impregnada com as questões de sua época, como a escravidão, o fim do tráfico de escravos e a construção da identidade nacional. Portanto, é possível através de textos publicados nos

96 SCHÄFER e SCHNELE, Op. cit. p. 20.

97 Assim como os médicos contemporâneos e de outras épocas.

periódicos médicos verificarmos o interesse pelas questões de saúde dos escravos já no início do século XIX. Acredito que, o discurso médico é moldado a partir do diálogo com a sociedade, e neste contexto específico as concepções sobre a saúde do escravo foram construídas a partir das complexas e por vezes conflitantes relações entre médicos, senhores de escravos, autoridades imperiais e os próprios cativos.⁹⁸ O pensamento médico é formado e informado por este contexto a partir do convívio diário destes com escravos africanos e crioulos em todos os âmbitos de suas vidas públicas e privadas. Os médicos encontravam os escravos nas enfermarias da Santa Casa, nas mesas de dissecação, em seus consultórios particulares, nos discursos de seus pares na Academia Imperial de Medicina, nas ruas e muito provavelmente em suas próprias casas.

É no contexto de uma cidade repleta de escravos e ex-escravos e pretos e mulatos livres que os médicos aprendem, ensinam, treinam e são treinados na profissão de Hipócrates. Discutem a existência de doenças características dos trópicos, singularidades nosológicas do Brasil e da África, no mesmo momento, onde as questões acerca da legalidade e legitimidade da escravidão começam a ser debatidos, que médicos declaram que a vulnerabilidade dos negros é fruto de uma má alimentação e condições de trabalho. É neste ambiente que as práticas de curas dos negros são debatidas nos periódicos médicos, que publicam descrições de práticas de curandeiros escravos contra doenças como a lepra⁹⁹. Podemos ver também neste momento as resistências da população negra e

98 De fato, creio que a população negra em geral compõe o debate. Neste período a escravidão é tão arraigada na sociedade que escravos e libertos tem problemas semelhantes.

99 Ver o artigo de Luis Otávio Ferreira Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos. FERREIRA, L.O. *Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos*. In: CHALHOUN, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

escrava aos remédios dos “brancos”¹⁰⁰. Desta forma, o discurso médico sobre o escravo também é formado na mediação dos interesses de médicos, políticos, classe senhorial e dos negros libertos e escravizados, africanos e crioulos.

Para construir uma nova proposta de história das relações da medicina com a escravidão, onde os atores têm uma relação dialógica com a ciência, é importante utilizar recursos que a própria historiografia sobre a escravidão¹⁰¹ utilizou para ampliar suas pesquisas e ver a questão sob outra perspectiva. Superar a idéia de que o escravo era vítima passiva do sistema é o ponto de partida para entendermos com mais clareza suas relações com médicos e com proprietários de escravos. Em um país onde a maior parte da população era escravizada, como afirmam J.J.Reis e Eduardo Silva:

Nos permite duvidar que uma sociedade com tal desproporção entre homens livres e escravos pudesse gozar de alguma estabilidade sem que, ao lado da violência, ou melhor, do “temor da violência”, não passassem poderosas correntes de negociação e sabedoria política”.¹⁰².

Desta forma, pensando em processos de negociação, percebemos a possibilidade de participação efetiva dos escravos nos processos sociais e da construção de estratégias próprias para conviver com a escravidão e para resistir a ela. Dentro das comunidades escravas, se processaram novas construções de

100 (CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das letras, 1999. e DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856*. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

101 Os debates sobre a dinâmica da escravidão e do comportamento social dos escravos teve início na década de 1980. Questões como a negociação e conflito e sobre o “escravo coisa” já foi superado por anos, o que demonstra o quanto historiadores das ciências interessados na escravidão precisam pesquisar mais e melhor sobre tráfico e cativeiro.

102 REIS, J.J e SILVA, E. *Negociação e conflito.: a Resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

sociabilidade às margens do poder senhorial, formulando soluções próprias para lidar com nascimentos, com a doença e com a morte¹⁰³.

Além disso, os estudos recentes que apontam para a conexão do mundo atlântico são fundamentais para demonstrar como idéias e práticas circulam entre países ligados pelo comércio de escravos. As navegações, o colonialismo e o comércio produzido pelo movimento de produtos e pessoas dos dois lados do Atlântico transportaram mais do que matéria. Transportaram idéias e técnicas:

Deve-se enfatizar que os navios eram os meios vivos pelos quais se uniam os pontos naquele mundo atlântico. Eles eram elementos móveis que representavam os espaços de mudança entre os lugares fixos que eles conectavam. Consequentemente devem ser pensados como unidades culturais e políticas em lugar de incorporações abstratas do comércio triangular. Eles eram algo mais – um meio para conduzir a discussão política e, talvez, um modo de produção cultural distinto¹⁰⁴.

Não se trata de um deslocamento do pensamento do centro para a periferia, como podemos pensar em um primeiro momento em que imaginamos este transporte transoceânico. A amplitude destas interações foi de tal ordem que se criou um espaço atlântico onde as idéias são forjadas, construídas e trabalhadas em conjunto¹⁰⁵. A escravidão e o comércio de escravos estiveram na base das discussões da construção dos novos estados-nação nas Américas e as lutas entre os impérios e dentro deles transformou as noções de escravidão e liberdade

103 MINTZ, Sidney; PRICE, Richard. O nascimento da cultura afro-americana: uma perspectiva antropológica. Rio de Janeiro: Pallas, 2003.

104 GILROY, Paul. *O Atlântico negro. Modernidade e dupla consciência*. Rio de Janeiro, Editora 34, UCAM, 2001.

105 Ibid.

no mundo atlântico¹⁰⁶. Assim, durante o processo de formação das nações, as “comunidades imaginadas” não foram processos unilaterais formulados pelas elites locais e sim, projetos de nação negociada (em muitos níveis) entre elites e as classes subalternas. A *invenção das tradições* de uma nação não pode ser simplesmente um projeto de cima pra baixo, segundo Mattory:

O que não está presente nesta formulação (da invenção das tradições pelas classes dominantes) é primeiro, as condições de plausibilidade cultural de qualquer “tradição inventada” e, segundo, os interesses, o consentimento e a contribuição das outras classes que produzem a tradição¹⁰⁷.

A partir da reflexão proposta por Mattory, onde as etnias africanas participam ativamente da discussão de formação do imaginário de nação, podemos pensar em um processo similar na construção do discurso médico. A mesma dinâmica de ação pode ser utilizada para pensar a construção das concepções de saúde e práticas terapêuticas. O conhecimento médico brasileiro é constituído em um contexto de debates sobre o tráfico de escravos, de ascensão do plantio do café, que utilizava a mão de obra escrava em larga escala. Desta forma, a constituição da medicina foi influenciada pela presença dos escravos e da escravidão. Em muitos momentos, os saberes e práticas de cura de etnias africanas e indígenas serão apropriados pelos médicos, passando por um processo de tradução cultural. Seguindo a mesma dinâmica, práticas terapêuticas européias podem

106 SCHIMIDT-NOWARA, Christopher. *A escravidão cubana, o colonialismo espanhol e o mundo atlântico no século XIX*. Estudos Afro-Asiáticos, CEEA/UCAM, Ano 26, número 2, 2004.

107 MATORY, J. Lorand. “Jeje: repensando nações e transnacionalismo”. MANA, Estudos de Antropologia Social, v.5 n.1, Abril de 1999.

ganhar novos significados para comunidades escravas e entre a população de negros livres. Em outros momentos, a observação do cotidiano dos escravizados nos navios, cidades e plantéis será o suficiente para a produção de conhecimento médico a partir da análise das condições de vida do escravo, seu regime de trabalho, hábitos de higiene, alimentares e de vestimenta.

Acredito que diversos níveis de *intervenções* poderiam ser observados a partir da relação entre médicos e homens e mulheres escravizados. O escravo não é apenas um objeto de observação da medicina, mas um interlocutor, ora ativo, negociando seu conhecimento, ora sendo observado e muitas vezes reivindicando os cuidados médicos. Sendo os médicos influenciados pelo contexto político e social internacional é impossível uma leitura das percepções médicas sobre escravizados e sobre o tráfico de escravos sem compreender a circulação das idéias políticas sobre a escravidão, os novos arranjos de forças políticas que envolvem todas as sociedades com escravos nas Américas. Uma ciranda política e social que envolve interesses de inúmeros atores nas duas margens do Atlântico. Escravos, senhores e médicos estão envolvidos em tramas mundializadas ligadas às particularidades de cada um destes grupos.

Neste sentido, as idéias de Laurent Dubois são esclarecedoras. Em seu artigo *Luzes escravizadas: repensando a história intelectual do atlântico francês*, o historiador propõe que as idéias da ilustração francesa foram concebidas de forma integrada com suas colônias, o que ele denomina de “Atlântico Francês”. Foi através das reivindicações dos escravos caribenhos, das discussões sobre escravidão e liberdade que se forjaram idéias de igualdade e liberdade nos escritos dos ilustrados franceses. O principal argumento de Dubois é a existência de uma cultura política dos escravos, um amplo debate sobre direito à liberdade e

à igualdade que se travava nas senzalas, debates que eram influenciados por concepções políticas que nasceram da experiência da escravidão atlântica, dos filósofos das luzes e dos movimentos revolucionários. Essas seriam as bases da revolução do Haiti¹⁰⁸.

A dinâmica das idéias propostas por Dubois de um debate que unia filósofos, administradores coloniais e escravizados é uma excelente ferramenta para se pensar como cativos, plantadores e médicos interagem na construção de um conjunto de reflexões médicas acerca dos escravos. Sabemos que escravos e senhores não participam de debates teóricos sobre medicina, mas podem forçar os debates sobre terapêutica das doenças em direção conveniente aos seus interesses. Escravos e médicos em muitos momentos vão se apropriar de práticas terapêuticas um do outro, negociando e traduzindo a cultura do outro. Acredito que a capacidade de intervenção dos escravos no pensamento médico tem formas e intensidades diversas em momentos diferentes, utilizando as palavras de Stuart Hall:

Não se quer sugerir que, numa formação sincrética, os elementos diferentes estabelecem uma relação de igualdade uns com os outros. Estes são sempre inscritos diferentemente pelas relações de poder – sobretudo as relações de dependência e subordinação sustentadas pelo próprio colonialismo¹⁰⁹.

108 DUBOIS, Laurent. *Luzes Escravizadas: repensando a história intelectual do Atlântico Francês*. Estudos Afro-Asiáticos, CEAA/UCAM, Ano 26, número 2, 2004.

109 HALL, Stuart. *Da diáspora: Identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003

Portanto, a visão de mundo dos médicos foi formada através das experiências, práticas, interesses concebidos pela sua profissão, pela experiência com o mundo da escravidão. Sua percepção sobre os corpos e mentes dos escravizados foi construída através da participação do cotidiano em uma sociedade escravocrata. Esta mesma produção intelectual dos agentes de cura é apropriada pelos senhores de escravos e cativos, onde cada um usará as concepções médicas de acordo com seus interesses e sua cultura.

As intercessões entre corpo e saberes e práticas médicas e as particularidades da institucionalização da medicina no Brasil foram fatores fundamentais para a construção da relação entre médicos e escravos no âmbito da institucionalização da profissão médica.

II – Organização dos saberes e práticas médicas

Olhar, abrir e tocar.

O processo de valorização da experiência empírica como elemento crucial para a construção do conhecimento foi de grande importância nas transformações do saber e das práticas médicas a partir do Renascimento¹¹⁰. Entretanto, estas mudanças não acontecem *a priori* no plano filosófico, das idéias, elas são reforçadas a partir da constituição de uma nova forma de estudo da medicina, baseada nos estudos fisiológicos e anatômicos e cujo modelo foram os estudos dos anatomistas acadêmicos das escolas italianas.

Até o século XVIII, em grande parte da Europa, as atividades profissionais de médicos e cirurgiões eram consideradas práticas distintas. Esta dicotomia também se refletia na posição social de ambas as ocupações. Esta divisão das atividades de médicos e cirurgiões e seu gradual afastamento aconteceu durante a Idade Média, com o cirurgião cada vez mais identificado com o artífice, um trabalhador manual¹¹¹. O aprendizado médico era essencialmente teórico e realizado a partir da leitura dos clássicos da antiguidade. Poucas disciplinas eram

110 PORTER, R.; VIGARELLO, G. *Corpo Saúde e Doenças*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, vol.I .2009,p. 450.

111 ROSEN, Georges. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65.

ministradas. Na faculdade de Paris, em 1600, eram oferecidas apenas duas cadeiras a de “choses naturelles et non naturelles” e “choses contranaturelles”¹¹². Era uma formação voltada para a erudição, ao acúmulo de conhecimento acadêmico, sem muita orientação prática. Por outro lado, a cirurgia era vista como uma arte mecânica cujo treinamento era essencialmente prático, onde o aprendiz seguia os procedimentos de seu mestre e executava tarefas sob sua supervisão¹¹³. Em regra geral, apesar de importante, o trabalho de cirurgião gozava de pouco prestígio social. Sendo assim, os que exerciam a profissão normalmente eram pessoas oriundas das classes subalternas¹¹⁴.

Em termos gerais a separação entre “mãos” e “cabeças” não trazia benefícios para a produção de conhecimento médico, tal como o concebemos hoje. Se por um lado médicos não possuíam um bom treinamento prático e tinham pouco conhecimento sobre o corpo, de outro, os cirurgiões de forma geral aprendiam as mesmas técnicas repetidas por anos, de geração em geração, sem reflexão crítica ou alteração em sua rotina profissional. Este cenário começa a mudar com o reconhecimento do valor das artes mecânicas para a construção do pensamento científico durante o Renascimento¹¹⁵. Com a valorização da fundamentação das idéias através da experiência concreta e da observação dos fenômenos, as distinções entre medicina e cirurgia começaram a ser questionadas. A obra de André Vesálio (1514-1564) e William Harvey (1578-

112PESET, Jose Luis. *Medicina y sociedade em la Francia del barroco*. In: Entrealgo, P.L. Historia universal de la medicina. Barcelona, Salvat, 1973. v.4

113LAWRENCE, Ghislaine. *Surgery (traditional)* in: In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.2

114 Ribeiro, Marcia Moisés. *Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII*. Almanack Brasiliense, n.02 Novembro 2005. p. 64 – 75.

115Sobre a valorização da técnica, da observação e pesquisa empírica como parte fundamental constitutiva do conhecimento científico, ver Rossi, Paolo. *Os filósofos e as máquinas*.

1657)¹¹⁶ simbolizam esse movimento de aproximação dos saberes teóricos e práticos.

Em 1543 Vesálio publicou *De humani corporis fabrica*¹¹⁷. A grande diferença dessa obra prima com relação aos estudos coevos foi o fato de o autor confrontar através da dissecação de corpos humanos o ensino da anatomia que era oferecido até então nas universidades, que se baseava na autoridade dos clássicos¹¹⁸. As aulas eram uma descrição das lições de Galeno que estavam baseadas muito mais na anatomia animal do que propriamente na morfologia do homem. Em uma das críticas a Galeno, o médico formado em Pádua argumenta sobre a inexistência de uma parte do corpo denominada como *plexus reticular*, muito citado, porém nunca visto pelos “doutores” e descrita pelo médico grego a partir do estudo dos corpos de animais. Em suas palavras:

“eles jamais viram algum, pois ele não existe no corpo – no entanto eles o descrevem, pois existe um em Galeno. Custa a acreditar que fui tão estúpido a ponto de acreditar em Galeno e nos escritos de outros anatomistas”¹¹⁹.

Embora se mostre indignado com o apego doutrinário à anatomia galênica, seu livro não era um libelo condenatório da medicina clássica. A crítica que dirigia aos mestres e estudantes de sua época era contra a aceitação dogmática e indiscriminada das descrições anatômicas feitas nos textos clássicos sem uma verificação. Segundo o anatomista flamengo, era costume de Galeno corrigir, a

116GELFAND, Toby. The History of the medical profession. In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.2

117Da construção do corpo humano (1543).

118FRENCH, Roger. The anatomical tradition. In: In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.1

119Vesálio Apud PORTER, R. e VIGARELLO, G. . *Corpo Saúde e Doenças*, 2009, p. 441 - 486.

partir da experiência, erros cometidos em seus livros¹²⁰. Assim, identificar erros na obra do mestre a partir das averiguações feitas em cadáveres era de certa forma, proceder como ele mesmo.¹²¹ Afinal, o próprio Galeno escreveu que “aquele [...] que quer contemplar as obras da natureza não deve fiar-se nas obras anatômicas, mas confiar nos seus próprios olhos”.¹²²

A convicção de que era necessário construir o saber pautado na observação da natureza ganhou corpo a partir da leitura dos clássicos gregos no renascimento. Ironicamente, a busca pelo saber dos clássicos e seus seguidores ou compiladores trouxe consigo a semente da crítica e da desconfiança: a partir dos usos e abusos dos escritos galênicos nasceu a percepção de seus erros. Antes de ser uma crítica a Galeno, as pesquisas anatômicas de Vesálio eram uma verificação, uma aferição do saber de seu mestre. Ao escrever o *De humani corporis fabrica* sua intenção não foi a iconoclastia e sim corrigir e aprimorar o clássico galênico. Desta forma, seus esforços não devem ser entendidos como uma superação de Galeno e Hipócrates e sim uma tentativa de sistematizar e validar seus conhecimentos a partir de uma metodologia baseada na observação do corpo humano, do ordenamento dos órgãos, de sua funcionalidade, da averiguação através de testes e acima de tudo a verificação a partir dos próprios sentidos.

A marca deixada por Vesálio e outros anatomistas do século XVI foi a valorização do uso dos sentidos, sobretudo nas dissecações de cadáveres para a produção de conhecimento sobre o corpo¹²³. Desta forma, mãos habilidosas e

120 SHAPIN, Steven. *A Revolução científica*. Difel, 1999. p.83.

121 MANDRESSI, R. *Dissecações e anatomia*. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.J.; VIGARELO, G. *História do Corpo: Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, vol.I .2009, p. 420.

122 Galeno *apud* MANDRESSI, Op.cit. 2009, p. 420.

123 MANDRESSI, Rafael. *Op.cit.* p. 411-440.

olhos bem treinados, qualidades de um bom cirurgião, passaram a ser desejáveis para a formação de um bom médico. Sua obra tornou-se referencial na exploração do corpo humano e na compreensão de sua estrutura¹²⁴. A partir de seu trabalho e de outros médicos e anatomistas de seu período, foi possível estabelecer uma nova forma de construção do conhecimento médico baseado na observação¹²⁵. Não apenas o cadáver era objeto de estudo, mas também o corpo doente com a finalidade de descrever e classificar as enfermidades a partir do comportamento e evolução das doenças. Com Harvey, a percepção sobre o corpo humano se modifica lançando bases para uma visão mecanicista da ciência. A observação anatômica é mobilizada então para a constituição de teorias sobre o funcionamento da “máquina biológica”.

William Harvey nasceu em Folkestone na Inglaterra, estudou medicina no Caius College em Cambridge, onde obteve diploma em 1597 e depois foi à Pádua, estudar com o renomado professor de anatomia e cirurgia Girolamo Fabrici d’Acquapendente (1537-1619)¹²⁶. Sua obra, *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (1628) assim como a obra de Vesálio, pretendia renovar o conhecimento anatômico galênico. Entretanto, seus estudos sobre o coração e a circulação do sangue iniciaram uma mudança na percepção da fisiologia humana, abrindo caminho para uma nova percepção sobre o corpo biológico¹²⁷. Sua teoria era fruto da observação anatômica, porém segundo o historiador Paolo Rossi, sua formulação teórica sobre a circulação tinha influência

124 PORTER, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity*. New York: Norton paperback. 1999.

125 PORTER e VIGARELLO. *Op.Cit.* 2008.

126 PORTER e VIGARELLO, *Op.Cit.* 2008. p.457.

127 ROSSI, Paolo. *O nascimento da ciência moderna na Europa*. São Paulo: Edusc, 2001. p.305.

direta do pensamento aristotélico¹²⁸, elemento fundamental para a construção de suas concepções.

A obra de Harvey é uma forma de entender a produção de conhecimento baseada em maciça observação empírica, entretanto, o ponto mais importante é que suas idéias são postas à prova a partir da demonstração de suas teorias. O corpo ganha outra função com Harvey, o de produzir a prova científica. A demonstração de uma teoria a partir do cadáver. Descrever com esmero a anatomia e construir experimentos para a sua demonstração proporcionou um ponto de virada epistemológica, que o conduziu de um dos reformuladores do galenismo a formulador de uma teoria biológica mecanicista fundamentada em sua filosofia aristotélica. Estes estudos formaram as bases de novas concepções para os estudos anatômicos e fisiológicos, influenciando em todos os campos do saber médico.

Em 1676 o médico inglês Thomas Sydenham, a exemplo dos anatomistas italianos, propõe o abandono da leitura dogmática dos clássicos e utilizar a percepção, verificar os fenômenos para estudar nosologia:

Aquele que pretender apresentar uma história das doenças **deverá renunciar a todas as hipóteses filosóficas** e perceber com muita exatidão os mais ínfimos fenômenos das doenças que são claras e naturais, imitando nisso os pintores que, em seus retratos, têm um cuidado enorme para reproduzir até os mínimos traços das pessoas que querem representar ¹²⁹.

128 Ibidem, p.306.

129 FAURE, Olivier. *O olhar dos médicos*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean – Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008. p.18.

Thomas Sydenham foi contemporâneo de Boyle e de Locke. Nasceu em 1624 e estudou medicina em Oxford, onde apesar de ter uma formação largamente teórica, teve contato com um grupo de pesquisadores profundamente influenciado pela observação empírica e pelo experimentalismo baseado no método baconiano¹³⁰. Suas conexões com a investigação empírica o aproximaram dos métodos de trabalho da botânica, sobretudo a classificação de espécies através da observação. Acreditava que as doenças poderiam ser sistematizadas e organizadas da mesma forma como faziam os botânicos em suas fitologias¹³¹.

A partir desta perspectiva sobre a valorização da observação empírica como forma de produção de conhecimento, pode-se perceber que não foi o empirismo filosófico de Locke que, isoladamente, modificou a forma de se praticar a medicina ou as outras ciências. De fato, aconteceram grandes mudanças de visão de mundo, onde o conhecimento escolástico perde seu valor em detrimento de um conhecimento fundado na verificação da natureza. Talvez seja ineficaz ou inoportuno buscar um embasamento filosófico para o advento do empirismo na medicina, pois o arcabouço teórico desta arte foi construído em conjunto com as mudanças em sua prática. No plano de uma história das idéias médicas, uma hipótese plausível é que a sistematização teórico-filosófica do empirismo elaborada por John Locke tenha sido influenciada pela obra médica de Sydenham¹³².

130 TEULON, Augustin Albarracin. *Sydenham*. In: Entrealgo, P.L. *Historia universal de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1973. p. 297-317.

131 *Ibid.* p.300.

132 *Ibid.* p.303.

As ciências que baseiam sua legitimação no experimento científico¹³³ e na possibilidade de reprodução de fenômenos repetíveis e previsíveis. No caso da medicina, os processos de validação e comprovação dos argumentos se deram de forma específica. A medicina constituiu-se como um saber circunstanciado e cujos métodos dificilmente permitiam isolar causas de seus contextos e interações. De acordo com o historiador Olivier Faure, neste contexto histórico, os “médicos e cirurgiões mais inovadores” terão como exemplo de metodologia científica os modelos de observação da botânica e da zoologia.¹³⁴

Entretanto, para a medicina, não basta a verificação empírica ou a leitura dos sinais disponíveis nos corpos, era necessário sobretudo a interpretação destes signos. Assim, o conhecimento do corpo através da verificação material, pela dissecação dos cadáveres, não produzia o conhecimento em si mesmo. A observação empírica deveria de ser acompanhada da reflexão do médico. Nos casos relacionados à medicina legal, a historiadora Silvia de Renzi demonstra como a observação empírica de um corpo sem a devida interpretação dos sinais feita pelo médico, dotado do saber teórico, o *expert*, detentor daquele saber, tornava-se inconclusa e muitas vezes levava a conclusões equivocadas¹³⁵.

O que nos interessa aqui é o “sentimento moderno” de que o testemunho da natureza tem uma importância maior do que a “autoridade” dos textos. Nesse sentido, abrir um cadáver tem mais importância do que consultar o *corpus hipocraticum* ou a obra galênica. É partir deste contexto de valorização da observação direta que o estudo da anatomia ganha espaço e grande importância

133 Shapin, Steven. *A Revolução científica*. Difel, 1999. p.94.

134 FAURE, Olivier. *Op.cit.* 2008. p.19.

135 RENZI, Silvia de. *Medical Expertise, Bodies, and the Law in Early Modern Courts* p.321. Isis, 2007, 98:315–322.

na constituição das bases do conhecimento médico moderno. Harvey declarou que sendo o livro da natureza especialmente fácil de consultar, seria ultrajante que “recebessem instruções dos comentários de outrem sem examinar o próprio objeto”¹³⁶. De certa forma, é possível dizer que a grande mudança empreendida por esta geração era antes do desejo de destruição do conhecimento clássico, a desconfiança do testemunho dos antigos. Estar atento aos fenômenos naturais passava a ter um valor de convencimento maior do que o cânone cristalizado, estabelecido pelos clássicos. A raiz do empirismo moderno estava na idéia de que “o verdadeiro conhecimento procede e deve proceder da experiência direta dos sentidos”¹³⁷

Para além do posicionamento dos pensadores do século XVII sobre seu conhecimento e suas influências do passado, o que importa reter aqui é a ascensão do método empírico. A observação da natureza, a produção de testes para aferir a “realidade” através da repetição, a análise de fenômenos em série tornou-se a base para a construção de teorias sobre a doença e suas relações com o corpo. No entanto, o método empírico na medicina conviveu com - e mesmo fortaleceu - práticas que buscavam individualizar cada caso e cada paciente, que compreendiam que os seres vivos interagiam entre si e com os diferentes climas e que associavam adoecimento a alimentação e hábitos culturais. Posto isso, precisamos agora conhecer as concepções médicas que embasavam os médicos da primeira metade do século XIX.

136 SHAPIN, Steven. *Op.cit.*, 1999. p.84.

137 *Ibid.* p.85.

As doutrinas médicas e a investigação empírica do corpo

O vitalismo tornou-se uma das mais influentes doutrinas médicas do século XVIII e início do século XIX, sobretudo nas escolas médicas de Montpellier e Paris, principais centros de saber formadores de muitos médicos brasileiros e que exerceram grande influência intelectual no corpo médico do Império. Para os adeptos da doutrina, todo o organismo era portador de um princípio vital. Este elemento seria responsável pelo funcionamento do corpo e pela manutenção da vida. Muitos médicos eram identificados ou se identificavam com esta conceitualização, porém apresentavam explicações diferentes, com diferentes visões sobre saúde e doença e agregavam elementos de diversas áreas do saber médico. A idéia de que os corpos eram animados por um princípio vital não era novidade, principalmente em termos religiosos, onde a vida teria uma origem externa, facilmente identificada como uma força oriunda da essência divina. Entretanto, sistematizada como uma doutrina médica, o vitalismo surge através das concepções de George Ernest Stahl (1660-1734), fundador da escola prussiana de medicina. Nesse contexto, o vitalismo foi um processo de cientificização da medicina, que buscava, no entanto, compreender os fenômenos da vida e da morte como exclusivos a algumas disciplinas.

No começo do século XVIII, Stahl se opôs às percepções estritamente mecanicistas sobre o corpo. Para ele, a atividade humana não poderia ser inteiramente explicada através das reações mecânicas em cadeia. O organismo seria então, segundo seu ponto de vista, dotado de um princípio vital: o *anima*, uma espécie de força imaterial que atuaria no organismo, produzindo a vida. Para

Stahl, a doença seria um distúrbio das funções vitais provocado pelos males da “alma”¹³⁸. As concepções do princípio vital nas suas teorias aproximavam-se da idéia de alma, muito mais relacionadas com uma explicação religiosa sobre a manutenção da vida, o que ficou conhecido como *animismo*. Porém, a idéia de que os organismos eram animados por uma força ou princípio vital não era uma idéia fechada. Muitas diferentes interpretações sobre os princípios da vida se encerravam sob o amplo e maleável guarda-chuva epistemológico do vitalismo. O crescente interesse pela investigação dos organismos, saudáveis ou doentes, e o estudo da fisiologia e anatomia levaram a criação de outras explicações sobre a essência da vida e cada vez mais os fenômenos nosológicos eram relacionados a partes do corpo. Com a investigação sobre o corpo humano, novas concepções sobre o princípio vital aproximariam esta doutrina das idéias formuladas pelos mecanicistas.

O médico suíço Albert Von Haller (1708-1777) chegou ao conceito de “irritabilidade”, importante tema da medicina e biologia na segunda metade do século XVIII.¹³⁹ Suas experiências e observações sobre o corpo humano tornaram possível a consolidação da fisiologia como um campo especializado do conhecimento médico.¹⁴⁰ A partir de seu livro *Elementa physiologie corporis humani*, ele estabeleceu sua teoria sobre a irritabilidade, de grande importância para a fundamentação do vitalismo médico. Para o autor, as fibras se dividiriam fundamentalmente em fibras irritáveis, que seriam as fibras musculares e as fibras

138 PORTER, R. e VIGARELLO, G., *Op.Cit.* 2009. p.466.

139 BARRETO, M.R.B. *A Bahia e a instituição da medicina acadêmica no século XIX*. In: PRIEGO, N.; LOZANO S.; *Paradigmas, culturas y saberes: La transmisión Del conocimiento científico a Latinoamérica*. Madrid: Iberoamericana. 2007. p.83.

140 FERREIRA, L.O. *Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX*. Rio de Janeiro: Revista da SBHC, n.10, p.43-52, 1993. p.47.

sensíveis, sendo estas as fibras nervosas. Ele observou que as fibras musculares se contraíam (irritabilidade) a partir dos estímulos e as fibras nervosas teriam a capacidade de responder a estímulos dolorosos. Assim sua teoria podia explicar um ponto importante deixado sem resposta por Harvey – o motivo das pulsações cardíacas. De acordo com Haller, o coração seria o órgão mais irritável do corpo humano. A irritabilidade era uma forma de explicar o funcionamento do corpo, através da reação aos estímulos. Ainda assim, o fenômeno da vida continuava sem uma explicação completa. Apesar de constatar a presença das forças vitais nas fibras orgânicas e não mais em uma essência externa ao corpo, estas forças vitais ainda eram consideradas além do conhecimento.

A teoria vitalista se popularizou bastante na Europa, e tinha grande influência entre os médicos durante os fins do século XVIII e início do século XIX, sobretudo pelo esforço de seus defensores para entender o processo da vida no corpo humano. Médicos como o escocês William Cullen (1712-1790) e o francês Paul Joseph Barthez (1722-1776) foram responsáveis pela apresentação de argumentos fundamentados em estudos mais centrados em aspectos materiais. Cullen defendia a idéia de que um fluido vital percorria todo o corpo através do sistema nervoso e a partir daí era transmitido pelos tecidos orgânicos. Segundo seu sistema, a enfermidade seria então “um transtorno do conjunto do organismo”¹⁴¹. Para o autor, a vida era uma função potencial dos nervos e o sistema nervoso teria um importante papel na etiologia das doenças. A busca pelo entendimento sobre a origem e manutenção da vida, bem como de sua extinção, levou os médicos a cada vez mais esquadrihar o corpo humano. O conhecimento sobre o corpo humano ganhou cada vez mais importância para o

141 BARRETO, M.R.B. *Op.cit.*, 83.

estudo da vida e também sobre as doenças. O interesse em localizar no corpo a ação da vida, se estendeu também na pesquisa sobre as doenças. O estudo das doenças cada vez mais se tornava estreitamente ligado a partes específicas do corpo humano. A grande questão a ser “desvendada” era que tipo de relação existia entre o organismo e as doenças.

Um dos importantes estudiosos sobre a relação entre as doenças e sua localização no corpo foi o famoso médico Philippe Pinel (1745-1826), que foi também um grande vitalista e realizou uma variedade de estudos relacionados a doenças mentais. Em seu *nosographie philosophique* (1745-1826), o autor utilizou os métodos das ciências naturais, como o método de classificação botânica de Lineu, para dividir as doenças em classes, ordens e gêneros. Essa taxonomia buscava uma identificação partindo de seus sintomas. Uma idéia importante dentro da taxonomia nosológica de Pinel era a noção de que as patologias estavam relacionadas diretamente aos órgãos. A doença seria um ente concreto que estaria presente fisicamente em um lugar específico do corpo. O médico foi influenciado pela filosofia sensualista dos ideólogos, sobretudo E. Condillac (1715-1778)¹⁴². Condillac foi um dos grandes nomes no campo filosófico do iluminismo e do conhecimento médico. Foi influenciado, sobretudo pelo trabalho de John Locke sobre o empirismo em oposição à metafísica. Se para Locke, a racionalidade é mediada pelos sentidos, a reflexão seria constituída a partir da relação do homem com o mundo, a partir de sua vivência empírica. Aprofundou esta idéia em seu *Traité des sensations* a o concluir que a própria racionalidade é constituída à partir das relações do homem com o mundo, a partir de suas

142 FERREIRA, L.O. *Op.cit.* 1996. p.45 e DEWHURST, K. Gran Bretaña: el Vitalismo. In: ENTREALGO, P.L. *Historia Universal de La Medicina*. Barcelona, Salvat, 1973. Vol.5.p.71.

experiências sensoriais. De uma maneira ampliada, o sensualismo reforça a idéia da descrição precisa e classificação metódica dos fenômenos. Seus estudos sobre a sensibilidade estimularam pesquisas de médicos – fisiologistas como Albrecht von Haller¹⁴³

A idéia da doença “localizada” em um órgão específico do corpo humano foi muito difundida entre os vitalistas, sobretudo em Montpellier. Se para a teoria de Pinel os órgãos eram sedes das doenças, outros importantes médicos do período iriam desenvolver a idéia de que a doença seria fruto de uma lesão nos tecidos orgânicos. Esta associação entre a lesão nos tecidos orgânicos e as patologias era um ponto importante nos estudos de Bichat (1711-1802).

François Xavier Bichat estudou em Lyon e Paris, onde se estabeleceu em 1793, durante a Revolução Francesa. Ensinou medicina e trabalhou no Hotel-Dieu, onde foi um dos principais desenvolvedores do método anatomoclínico. Um dos pontos principais sobre as pesquisas de Bichat foi sua teoria de que as doenças seriam o resultado de lesões nos tecidos. Diferente da idéia defendida por Pinel, onde a doença seria um ente concreto que deveria ser procurado e localizado nos órgãos. Para Bichat então, a doença seria um estado. Para chegar a suas conclusões sobre a patologia em suas pesquisas e em sua prática médica, a experiência empírica e a observação eram fundamentais. Assim, era necessário coletar um número expressivo de evidências para associar as doenças às lesões específicas no corpo. O autor teria declarado que “quanto mais se observar doenças e cadáveres abertos, mais convencido se estará da necessidade de

143 FAURE, O. *Op.cit.* 2008. p.28.

considerar as doenças locais não sob o aspecto dos órgãos complexos, mas sob o aspecto dos tecidos individuais”.¹⁴⁴

De fato, Bichat realizou um número significativo de experimentos e observações médicas. Examinou mais de 600 *post mortem*, e a partir de suas pesquisas descreveu 21 tipos de tecidos componentes de órgãos denominados por ele de “membranas”, entre os quais o tecido nervoso, o tecido muscular e o tecido conjuntivo¹⁴⁵. As pesquisas e idéias de Bichat elevaram o vitalismo da escola de Montpellier ao seu apogeu, sobretudo por afirmar e dar continuidade as teorias de Bordeu e Barthez fortalecendo o “vitalismo localista”¹⁴⁶. Bichat trouxe à doutrina vitalista uma explicação fisiológica amplamente fundamentada em observações médicas e pesquisas em corpos humanos e em animais vivos. A importância deste fisiologista transcende a discussão sobre vida e doença. Ele foi de importância crucial para a ascensão da anatomoclínica, no alvorecer do século XIX, e, com isto, para o estabelecimento de novas formas de diagnose e terapêutica.

As teorias médica defendidas por um discípulo de Bichat teriam grande influência entre médicos franceses e do Império brasileiro; um conjunto de idéias tão peculiares e específicas que ficou conhecido pelo seu nome: *Broussaïsismo*. François Joseph Victor Broussais (1772-1838). teve formação cirúrgica e formou-se em medicina em 1803. Após um período de onze anos como médico dos exércitos napoleônicos, tornou-se professor do hospital militar e escola de medicina do Val-de-Grâce e em 1830, ingressou na faculdade de medicina de

144 *Apud*. PORTER, R. e VIGARELLO G., *Op.cit.*, 2009. p.486.

145 FERREIRA, *Op.cit.* 1996. p.45

146 KURY, Lorelai. *O Império dos Miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de Mestrado, UFF, Niterói, 1990. p. 85

Paris. Assim como Bichat, rejeitava a idéia de que a doença seria um ente concreto, e sim que esta seria fruto das lesões orgânicas. Aquilo que chamamos de doença, para Broussais era o sintoma da inflamação dos órgãos, diferentemente de Bichat que localizava as doenças nos tecidos¹⁴⁷. Além das divergências com aspectos da teoria de seu mestre, Broussais fez grandes críticas ao vitalismo, pois acreditava que embora fenômenos orgânicos e inorgânicos apresentassem grandes diferenças, ambos estariam submetidos às mesmas leis “físicas e químicas”¹⁴⁸.

O sistema médico de Broussais era baseado em proposições simples, possivelmente por isso seu sistema obteve um grande número de seguidores nas primeiras décadas do século XIX. Ele atribuiu a todas as enfermidades uma causa fisiológica única, as inflamações das mucosas, que eram ocasionadas por irritações locais. Estas irritações seriam fruto de um estímulo excessivo do organismo. Estes estímulos poderiam ser internos ou externos ocasionados, por exemplo, pelo clima, alimentação, moral, etc. Em sua teoria, os mesmos mecanismos que possibilitam as enfermidades eram responsáveis pela vida e a excitação dos órgãos era o “fato vital primordial”¹⁴⁹. Existiriam dois tipos de excitação: uma que era estimulada por “corpos estranhos” e outra pela influência do cérebro. Segundo o autor, a vida seria mantida então pela manutenção destes estímulos. Desta forma, a diferença entre o estado “normal” e a enfermidade seria apenas a intensidade dos estímulos a que o corpo humano era submetido. Sendo assim, a irritação e a conseqüente inflamação das membranas ocorreria pelo

147 Kury, *Op.cit.*, 1990. p.86.

148 Kury, *Op.cit.*, 1990. p.89.

149 CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense. 2000, p.33.

excesso ou falta de excitabilidade. Para ilustrar sua idéia, o médico utiliza como exemplo o pulmão: a asfixia é conseqüência da falta do excitante do pulmão, seu ar oxigenado. Por outro lado, o ar excessivamente oxigenado superexcita o pulmão, irritando suas vísceras e tendo como conseqüência a inflamação¹⁵⁰.

Se as teorias de Broussais sobre a patogenia e seu diagnóstico eram de uma simplicidade singular, a sua terapêutica seguia o mesmo princípio. Para tratar das inflamações o médico se baseava em uma terapêutica “antiflogística”, com o uso intensivo de sangrias locais por meio de sanguessugas e de uma dieta alimentar rigorosa. A teoria de fácil entendimento associada a uma terapêutica desprovida de maiores complexidades atraiu médicos e cirurgiões militares. Além disto, a postura crítica do médico somada a aspectos de sua teoria identificados como antiespiritualistas, agregou o apoio de intelectuais hostis à igreja e a monarquia¹⁵¹ e estudantes de medicina de Paris opositores da restauração¹⁵².

Apesar de seu sucesso e influência entre os médicos, a dificuldade de demonstrar a eficácia deste método o tornou alvo de críticas. A ineficácia terapêutica não era um problema apenas do Broussaismo, mas sim uma questão que se tornou vultuosa nas primeiras décadas do século XIX. No epicentro desta discussão, a partir da década de 1820, um novo movimento médico ganhou força conquistando muitos adeptos. Este movimento ficou conhecido como “ecletismo médico” e teve como partidários importantes nomes da medicina francesa, sobretudo nas décadas de 30 e 40.

150 *Ibid.* p.34.

151 FAURE, O. *Op.cit.* 44.

152 KURY, L. *Op.cit.*, 1990. Sobre o posicionamento político de Broussais e sua relação com as teorias médicas, ver a mesma dissertação de Lorelai Kury.

O ecletismo médico se caracterizou pela profunda descrença na eficácia dos sistemas teóricos “fechados” e sua incredulidade era justificada pelas altas taxas de mortalidade dos pacientes¹⁵³. Como este grupo se caracteriza pela desconfiança e negação dos sistemas médicos, não é difícil concluir que eles não formavam um grupo homogêneo. De fato, tinham visões diferentes em diversos aspectos, porém, possuíam algumas características que os identificavam como grupo. Além da aversão e condenação dos sistemas fechados e do ceticismo quanto à possibilidade de sucesso dos tratamentos baseados em métodos dogmáticos, os médicos defensores desta corrente valorizavam fortemente a observação dos paciente, com a descrição minuciosa das tentativas de cura e ainda, a liberdade individual do médico de escolha de sua terapêutica. Além disto, este profundo ceticismo com relação à cura das doenças também ampliou o apoio e simpatia a medidas preventivas, ampliando o apoio ao modelo higienista.

É importante entender que este ceticismo não era uma negação da ciência médica. Esta descrença completa em sistemas explicativos fechados não tornava os médicos incrédulos da possibilidade cura, e sim, os impelia a encontrar o caminho da cura através da empiria. Era de extrema importância acumular os relatos das observações médicas, das necropsias, dos relatos de experimentação em pacientes de novos medicamentos, das tentativas de êxito de novos tratamentos, relatos de doenças exóticas, enfim acumular o máximo possível de relatos de prática médica para então transformar o cotidiano da profissão em conhecimento. Uma das grandes ferramentas criadas para tornar eficaz o exercício da medicina foi o método numérico de Pierre Charles A. Louis, que contestou as teorias de Broussais demonstrando a partir das estatísticas que as

153 KURY, L. *Op.Cit.*, 1990, p.89.

sangrias eram ineficazes¹⁵⁴. Esta postura sobre o acúmulo de “fatos médicos” também foi defendida por Gabriel Andral, outro importante defensor do ecletismo. Segundo Andral, para construir bases sólidas para a ciência, era necessário que observadores pacientes fizessem o acúmulo de fatos ano após ano.

Este processo de “reconciliação” entre os conhecimentos teórico e prático ocorreu durante os séculos XVIII e XIX, influenciado pelas Luzes. Neste contexto, a *Lei de Ventôse* teve uma grande importância ao sistematizar a clínica médica e tornar obrigatório o seu aprendizado no doutorado francês. Nas três faculdades de medicina, os cursos de clínica recém abertos ficaram sob a responsabilidade de professores que trabalhavam em hospitais. E ainda, nas regiões em que não existiam faculdades, os hospitais tornaram-se o principal lugar de ensino médico¹⁵⁵.

A partir desta nova visão de mundo, os médicos construíram um novo conjunto de práticas e saberes baseado no conhecimento do corpo humano, estreitando laços com o conhecimento cirúrgico através do estudo da anatomia e fisiologia, a partir da dissecação de cadáveres para o conhecimento do corpo e de seu funcionamento. Junto com estas novas práticas foi possível desenvolver novas teorias sobre a vida, a saúde e a doença, ou ainda, dar novas interpretações para antigas concepções. Teorias e práticas médicas se reestruturaram e se reconfiguraram a partir da emergência da importância do acúmulo de evidências com o intuito de produzir conhecimento.

154 Kury, L. *Op.cit.*, 1990. p.90.

155 FAURE, O. *Op.cit.* 2008 p.20.

A formação médico-cirúrgica luso-brasileira

A valorização da prática e da observação aproximou os médicos dos cirurgiões, ampliando a importância dos estudos anatômicos para a construção do diagnóstico clínico e estudos nosológicos. Durante este processo os dois conhecimentos relacionados ao exercício das artes de curar: o ofício prático, ligado às artes manuais, e a ciência erudita, ligada à leitura dos clássicos, se aproximaram durante um longo e lento processo até que a profissão de cirurgião fosse definitivamente amalgamada à carreira médica. Porém, esta integração não aconteceu de forma homogênea em toda a Europa e muito menos sem conflitos e contradições. Em Portugal este processo foi permeado de críticas e resistências por parte dos médicos. A separação social entre *físicos* e cirurgiões (e a hierarquização de seus conhecimentos) perdurou no país pelo menos até a reforma do ensino da Universidade de Coimbra em 1772. Muitos “doutores” comungavam com a idéia da diferença entre a “natureza” das artes médica e cirúrgica e principalmente, sobre a inferioridade deste saber perante a medicina. Letrados como Nunes Marques Pereira, autor do *Compendio narrativo do peregrino da América*, consideravam a cirurgia um ofício indigno tanto por ser uma atividade manual quanto pelo manuseio do sangue. Marques também acusava os cirurgiões de tentar exercer a medicina sem possuir conhecimento ou qualificação para isto. Para Marques, aqueles “anatômicos indoutos” não deveriam tentar tomar o lugar dos facultativos, estes sim praticantes de um ofício nobre e legítimo. Além de considerar a cirurgia uma arte inferior e indigna de honra, o médico luso Brás Luís de Abreu condenava os médicos que possuíam

alguma proximidade com os cirurgiões e os barbeiros, pois estes práticos “com as mercenárias e servis operações de sua arte” estariam manchando a dignidade dos nobres médicos e lhes trazendo problemas.¹⁵⁶

A reforma do ensino médico de 1772 estava dentro do contexto das reformas realizadas pelo Marques de Pombal, com forte influência iluminista. Sob a influência das Luzes, assim como na França e Inglaterra e outras regiões, o conhecimento empírico do corpo torna-se importante na formação médica lusitana. A partir dos novos estatutos, o curso médico em Coimbra incorporou outros conhecimentos científicos com as aulas de física e química. Além disso, criou uma série de estabelecimentos necessários para o aprendizado prático, dentre eles o Hospital Escolar e o Dispensário Farmacêutico. A institucionalização do ensino da anatomia e da prática cirúrgica como parte do aprendizado da medicina tornou necessária a criação de espaços apropriados para a observação e ainda, de meios para garantir o fornecimento de cadáveres humanos para dissecações e estudo. As salas de anatomia foram substituídas pelo teatro anatômico¹⁵⁷ e o provimento de corpos humanos para os estudos foi sistematizado através dos estatutos de 1772 da Universidade de Coimbra¹⁵⁸.

Esta realidade de mudanças no ensino médico - cirúrgico que ocorria em Portugal não se refletia nas Colônias. Na América Portuguesa, a inexistência de faculdades ou de cursos médicos obrigava os interessados em uma boa formação acadêmica a viajar para a Europa a fim de realizar estudos nas faculdades de medicina em Portugal e na França. Este quadro de carência de cursos médicos

156 ABREU, Jean Luiz Neves. *Os estudos anatômicos e cirúrgicos na medicina portuguesa do século XVIII*. REVISTA DA SBHC, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 149-172, jul | dez 2007.

157Idem, p.155.

158Ver Estatutos da Universidade de Coimbra do ano de 1772. Lisboa: Regia oficina tipográfica.1783.vol.III, p. 178-181.

na colônia tinha como reflexo a constante falta destes profissionais em todas as províncias, mesmo onde era mais forte a presença do Estado português. A quantidade de brasileiros que estudavam em Coimbra, Lisboa, Montpellier e Paris era pequena e insuficiente se comparada com a demanda do vasto território da América portuguesa. Além disso, proporcionalmente poucos médicos portugueses ousavam viajar e fixar residência em uma das possessões do império luso¹⁵⁹. Aqueles que viajavam para as colônias, em geral tinham alguma forte motivação: geralmente eram foragidos de perseguições religiosas ou jovens imbuídos de um espírito desbravador, em busca de fama e fortuna. Se de uma maneira geral não interessava aos facultativos uma odisséia nos trópicos, esta aventura podia ser considerada demasiadamente tentadora aos cirurgiões. Embora em termos acadêmicos a cirurgia estivesse redefinindo seus espaços, em Portugal existiam muitos cirurgiões em atividade e a relação entre estes profissionais e os *doutores* ainda era repleta de conflitos, o que dificultava muito as suas chances de ascensão social no país¹⁶⁰. Desta forma, para os cirurgiões, a idéia de viajar para as terras brasileiras era deveras sedutora: a inexistência de cursos de medicina na América portuguesa até o século XIX, somada a ausência de físicos na imensidão do território, proporcionou um amplo espaço para o estabelecimento destes cirurgiões. A carência de médicos era tamanha que as autoridades utilizavam como recurso a autorização aos que possuíam a carta de cirurgião aprovado a praticar as atividades de cura dos médicos, ou seja, receitar remédios,

159A maioria dos médicos que vieram para o Brasil tinham alguma motivação externa, muitos eram cristãos novos, foragidos de perseguições religiosas. Ver: WISSENBACH, Maria Cristina C. 2002 Gomes Ferreira e os símplies da terra. In: FERREIRA, L. G. Erário mineral. vol. 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Centro de Estudos Históricos e Culturais, Rio de Janeiro: Fiocruz.

160RIBEIRO, Márcia Moisés. Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII. Almanack Brasiliense, n.02 Novembro 2005.

identificar moléstias internas e prescrever os tratamentos adequados. Assim, os cirurgiões poderiam acalentar o sonho de fama e fortuna nos territórios coloniais da coroa portuguesa¹⁶¹, porém isto não era suficiente para resolver a escassez de profissionais treinados nos ofícios de cura. Médicos e cirurgiões com carta de habilitação (também conhecidos como *encartados*) eram raros mesmo nas cidades mais importantes. Assim, quem tivesse o mínimo conhecimento da ciência de Hipócrates era procurado pela população para a cura de suas enfermidades¹⁶². As curas eram majoritariamente praticadas por curandeiros imbuídos de saberes oriundos das tradições populares européias, indígenas e africanas.¹⁶³ No fim do século XVIII, esta crônica insuficiência de facultativos atrelada à inexistência de faculdades de medicina, fez com que em algumas províncias autoridades tomassem iniciativas para a ampliação do número de cirurgiões. Com isto, os hospitais de algumas localidades tornaram-se um local privilegiado de transmissão do conhecimento médico cirúrgico, a partir do treinamento prático de aprendizes sob os auspícios de um físico ou cirurgião. No Hospital Militar de Vila Rica, o cirurgião-mor do Regimento de Cavalaria de Minas Gerais, Antônio José Vieira de Carvalho lecionara Anatomia e Cirurgia. Vieira de Carvalho é um bom exemplo de como um prático poderia chegar a uma posição de prestígio e respeito. O cirurgião teve grande importância intelectual na colônia,

161RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997., p.33-45

162Sobre os profissionais de cura na colônia, ver: Ribeiro M. M. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997. e WISSENBACH, Maria Cristina C. Gomes Ferreira e os simplices da terra. In: Ferreira, L. G. Erário mineral. vol. 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Centro de Estudos Históricos e Culturais, Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

163Sobre as práticas populares de cura no Brasil Império, ver: PIMENTA, T. S. *Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX*. In: CHALHOUN, S. et al. (Orgs). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003. p. 307-330. e DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856*. In: CHALHOUN, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

traduziu o livro do médico francês Jean-Barthélemy Dazille, *Observations sur les maladies des nègres*, de 1776. Pelos títulos de sua biblioteca era possível perceber o quanto o cirurgião estava bem informado da medicina de sua época, com interesse particular nas doenças que acometiam os escravos¹⁶⁴. Em Salvador, o cirurgião José Xavier de Oliveira Dantas se encarregou do curso de Anatomia e Cirurgia da Bahia. Na Santa Casa de Misericórdia, o cirurgião Antônio José Pinto lecionou Anatomia e Cirurgia, no Rio de Janeiro¹⁶⁵. Em 1803, no Hospital Militar de São Paulo, foram ministradas aulas de cirurgia pelo físico-mor Mariano José do Amaral. Sobre as aulas, escreveu o capitão-general Antônio José da Franca e Horta, em 1804, ao ministro Visconde de Anadia:

Com a maior satisfação ponho na presença de V. Excia. o resultado das minhas diligências em promover conhecimentos úteis nesta capitania. Pelo documento n.1, verá V. Excia. que seis alunos que freqüentaram no ano pretérito a aula de Cirurgia instituída por mim no Hospital Militar desta cidade e de que foi e continua a ser lente o físico-mor Mariano José do Amaral, todos eles saíram aprovados pelos examinadores, com gosto geral dos que assistiram a este ato celebrado como todos os mais em uma das salas deste palácio, o que muito me lisonjeou **porque não existindo nesta Capitania mais do que um só cirurgião-aprovado**, havendo duas aulas, como pretendo, conseguirei deixar na capitania pessoas com todos os conhecimentos da arte que possam socorrer as moléstias da humanidade destituída até aqui de uma tal providência¹⁶⁶.

164 Sobre o assunto ver ABREU, Jean Luiz Neves, *Estudos anatômicos e cirúrgicos na medicina portuguesa do século XVIII*, 2007. REVISTA DA SBHC, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 149-172, jul | dez 2007

165 SANTOS FILHO, L. *História geral da medicina brasileira*. Volume 1. São Paulo: Hucitec/Edusp. 1979. p. 294.

166 Apud. SANTOS FILHO, L. *Op.Cit.* 1977, p.296.

Como nos mostra o relatório do capitão Horta, as iniciativas de ensino da cirurgia nas províncias foram necessárias devido à escassez de físicos e cirurgiões na colônia. Os “cursos” foram oferecidos em hospitais militares e nas misericórdias, onde os alunos tinham o contato direto com o doente e teriam com seus mestres um aprendizado essencialmente prático. A diminuta quantidade de homens versados nas artes da cura fazia com que cirurgiões assumissem frequentemente o papel que cabia aos físicos, principalmente nas províncias mais distantes¹⁶⁷. Acredito ser plausível que esta configuração de treinamento de terapeutas tenha proporcionado as condições para a valorização de um treinamento médico a partir da prática e da observação. Possivelmente muitos respeitáveis facultativos que realizaram seu ofício no início do século XIX no Brasil, tiveram seus primeiros contatos com as práticas de cura como aprendizes de cirurgiões, iniciando assim suas carreiras. Um bom exemplo deste tipo de trajetória profissional foi o de João Álvares Carneiro, um dos mais importantes cirurgiões brasileiros da primeira metade do século XIX. Carneiro foi aprendiz do Cirurgião Antônio José Pinto na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro onde ingressou em 1790 com catorze anos. Aprendeu com seu mestre cirurgia, terapêutica e noções de anatomia descritiva e de “doenças cirúrgicas”. Mais tarde foi para Lisboa e estudou por um ano no Hospital de São José¹⁶⁸, onde recebeu o diploma de cirurgião aprovado. João Álvares Carneiro foi por muitos anos

167De fato, outros profissionais nas artes de curar assumiam para si o papel dos físicos ou dos cirurgiões. Barbeiros e Sangradores também tinham suas atribuições extrapoladas para atender doentes que não tinham acesso aos médicos ou que confiavam mais em tradições populares de cura. Sobre artes de curar ver Pimenta, T.S. *Op.cit.* 2003; Figueiredo B.M. *Op.cit.* 2002 e CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social.* Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

168Do ensino de Cirurgia no Hospital de São José nasceu a Real Escola de Cirurgia, depois transformada na Faculdade de Medicina de Lisboa. SANTOS FILHO, Lycurgo. *Op.cit.* 1979. p.294.

Cirurgião da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e teve algumas de suas observações de pacientes publicadas no periódico da Academia Imperial de Medicina. O treinamento prático, com o conhecimento empírico forjado no exercício cotidiano de cuidados de saúde, foi o modelo encontrado na colônia para proporcionar a formação dos poucos terapeutas, “legalizados” ou populares espalhados pelas províncias.

A formação do ensino médico cirúrgico no Brasil

Com a transmigração da Corte para o Brasil, delineia-se um novo contexto sócio-cultural favorável à formação de profissionais de saúde para dar assistência à nova capital do império luso. Ainda em 1808 foram criadas as escolas de cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. As disciplinas criadas com a fundação dos cursos nos sugerem certa urgência na formação de profissionais voltados para o exercício de cura, de uma forma pragmática: “*Cirurgia especulativa e prática*” e “*Anatomia e operações cirúrgicas*” na escola da Bahia e as cadeiras de “*Anatomia*” em abril de 1808 e posteriormente “*Medicina operatória e arte obstetrícia*” ambas no Rio de Janeiro, no Hospital Real Militar. Os cursos ministrados nas recém fundadas escolas de cirurgia parecem ter o mesmo direcionamento dos cursos práticos oferecidos anteriormente, o que é perceptível pela similitude temática entre as disciplinas ministradas nestes cursos e os anteriormente oferecidos. A diferença essencial é que se antes os cursos de cirurgia eram iniciativas isoladas de cada província, tentando resolver suas demandas locais, a criação das escolas sob os auspícios do príncipe regente

faziam parte de uma política de Estado. Precária e insípida, mas ainda assim uma política de Estado. Existem poucas informações sobre como estes cursos eram ministrados e que tipo de rotina tinham os estudantes e mestres nestes hospitais e fora deles. Porém, pesquisadores chegaram à conclusão de que as aulas práticas de cirurgia se resumiriam a demonstrações onde os alunos eram espectadores passivos¹⁶⁹. Esta argumentação tem sua origem em um documento onde o Cirurgião-mor do Reino, José Correia Picanço, apresenta instruções para o recém nomeado professor de cirurgia Manuel José Estrela. O documento transmite orientações para a organização do curso e sobre como o professor deve proceder com suas lições no hospital:

As práticas sobre cada um dos objetos cirúrgicos se farão em uma das enfermarias, que lhes será franqueada duas vezes por semana, **sem, contudo, fazer reflexões à cabeceira dos doentes, mas sim na sua respectiva sala, pois que o curativo cirúrgico pertence ao cirurgião-mor do Hospital**, que só para isto tem atividade. Pelo que é essencialmente necessário que haja boa inteligência entre ambos os professores, para que a discórdia não perturbe o importante objeto do ensino público.¹⁷⁰

Apesar da instrução proferida neste documento, reluto em acreditar que uma tradição de ensino prático como era o ofício de cirurgião tivesse uma ruptura abrupta, por decreto. Possivelmente, aquelas recomendações estavam relacionadas ao respeito à hierarquia daquele hospital, evitando conflitos entre

169 Ver por exemplo, FERREIRA, L.O.; EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. da. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no Século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: Dantes, M.A. (org.). Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 63.

170Apud. Licurgo, p.41.

professor e o cirurgião-mor. Não podemos afirmar que houve total ausência de treinamento prático dos alunos, especialmente porque estes cursos de cirurgia implementados na América portuguesa tiveram como modelo os cursos de cirurgia portugueses. Muitos dos cirurgiões que exerceram seu ofício em diversas províncias do Brasil foram treinados no Hospital de Todos os Santos e após 1755, no Hospital Real de São José¹⁷¹. Neste hospital, os alunos passavam por um período de aprendizado prático. Segundo Lycurgo Santos Filho:

Nos séculos XVII e XVIII os aprendizes iniciavam-se na alta cirurgia da época, constante de trepanação, operação da hérnia, cauterização de tumores, lancetamento de abcessos e tumorações, extração de cálculos vesicais e operação de catarata. Findo o estágio, submetiam-se os alunos a exame perante os mestres e, se bem sucedidos, recebiam a carta de “cirurgião aprovado”, passada pelo cirurgião mor do reino ou – em fins do século XVIII – pelo presidente da Junta do Protomedicato.¹⁷²

Possivelmente, este era o modelo idealizado para o ensino cirúrgico implantado por Picanço em 1808, ele mesmo, formado cirurgião neste Hospital Real¹⁷³. Acredito que os cursos foram ministrados inicialmente nos nosocômios militares não apenas com o intuito de fazer os alunos acompanharem os cirurgiões nas enfermarias. Apesar das possíveis restrições impostas para os cuidados práticos sobre o doente, sua presença no hospital era importante para

171Após o terremoto que destruiu o hospital (e boa parte da cidade) em 1755, o Hospital foi transferido para outro prédio sob ordens do Marquês de Pombal, e mudou seu nome para Hospital Real de São José.

172SANTOS FILHO, *Op.cit.*1977, p. 294.

173RIBEIRO, Márcia Moisés. Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII. Almanack Brasiliense, n.02 Novembro 2005 p. 66.

que estes pudessem perceber os meandros do ofício médico: ver a atuação da doença no corpo do paciente, verificar a ação de novos remédios, testemunhar métodos de cura bem sucedidos e ainda, ser espectadores de mal fadados tratamentos onde assistiam impotentes muitos enfermos sucumbirem à morte. Acho improvável que o treinamento para um ofício de natureza prática e com uma grande demanda por mão de obra se restringisse ao acompanhamento silencioso das visitas de seus mestres aos doentes e a contemplação tácita do cirurgião mor do hospital no exercício da profissão, considerando a enorme quantidade de doentes sem acesso a nenhum cuidado de saúde.

Assim, no Brasil, o processo de transformação do ensino com o intuito de formar “práticos” em cirurgia ao ensino médico acadêmico demorou algumas décadas. Este processo é perceptível através dos cursos que passam a ser ministrados na escola de medicina. Paulatinamente disciplinas foram incorporadas e as escolas de cirurgia passam a academias médico – cirúrgicas e na década de 1830 são transformadas em faculdades de medicina. Esta remodelagem do curso médico, porém, não excluiu a observação dos pacientes, pelo contrário: da ampliação dos cursos surgiu a necessidade de encontrar um espaço onde a observação do enfermo e da doença pudessem se aliar ao ensino teórico.

O ensino da medicina e os cuidados com os doentes na Santa Casa de Misericórdia.

As aulas no Hospital Real Militar criavam uma série de oportunidades de treinamento. Os alunos tinham a oportunidade de aprender os meandros da profissão através da observação de pacientes em tratamento, ao testemunhar os procedimentos realizados pelos cirurgiões militares quando cuidavam de seus pacientes e ainda, nas aulas ministradas pelos seus professores. Este modelo de ensino que transformava o hospital em lugar de construção e reprodução do saber foi utilizado na Europa e nos Estados Unidos onde enfermos eram ao mesmo tempo pacientes e objetos de estudo. Assim, entendo que a mudança da Escola de cirurgia do Rio de Janeiro para o Hospital da Santa Casa teria a função de ampliar o contato com os doentes¹⁷⁴. No texto da Carta Régia que criava a Academia Médico-Cirurgica da Bahia, podemos verificar a estratégia de mudar a escola para a Santa Casa como uma forma de garantir a facilidade de aquisição de “material clínico”:

[...] Sendo - me presente o quão são limitados os princípios de cirurgia que se adquirem pelas lições das matérias próprias das duas cadeiras estabelecidas nessa cidade [Baía], para que deles se possam esperar hábeis e consumados professores, que pelos seus conhecimentos teóricos e práticos mereçam conceito público, e se empreguem utilmente no restabelecimento da saúde do povo, que não pode deixar de fazer um dos principais

174 Por extensão, este raciocínio obviamente serve para explicar a mudança da escola de cirurgia da Bahia.

objetos do meu Real e paternal desvelo, para promover a cultura e progresso de tão importantes estudos: **Hei por bem criar um curso completo de cirurgia nessa cidade, à semelhança do que se acha estabelecido por decreto de 1º de Abril de 1813 nesta capital** [Rio de Janeiro] segundo o plano que mandei formar por Manuel Luís Álvares de Carvalho, do meu conselho e médico da minha Real Câmara, físico - mor, honorário, diretor dos estudos de medicina e cirurgia nesta Corte e reino do Brasil, para servir inteiramente de estatutos do referido curso, enquanto não se publicam outros mais amplos, **cujas lições se darão no hospital da Santa Casa de Misericórdia por concorrerem aí para as experiências e operações enfermos e cadáveres de ambos os sexos e de todas as idades,** transferindo – se para aí as aulas que estiverem no Hospital Militar [...] ¹⁷⁵

A instalação das aulas de cirurgia em um local onde se tinha acesso aos enfermos e facilidade para obterem-se cadáveres para estudos, preconizado na Carta Régia (provavelmente por recomendação do Físico–Mor), foi feita a exemplo de sua congênere na Corte, a Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro. Esta relação perdurou por todo o período em que o hospital abrigou o ensino médico, da escola de cirurgia à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Já no período imperial e segundo a historiadora Tânia Salgado Pimenta, anualmente, o governo requisitava doentes, escolhidos pelos professores para serem estudados e tratados pelo lente e seus discípulos. ¹⁷⁶

175Carta régia de 29 de dezembro de 1815. Apud. SANTOS FILHO, L. *Historia Geral da medicina brasileira*. vol. 2 São Paulo: EDUSP. 1991. pg. 73.

176PIMENTA, T.S. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828–1855)*. Tese de doutorado. São Paulo: Unicamp. 2003. p. 136.

De fato, a mudança dos cursos de formação médica para a Santa Casa possibilitou uma sinergia entre a prática de cura e o treinamento médico, onde ao mesmo tempo pretendia-se curar os enfermos e estudá-los. Nas enfermarias da Santa Casa, além dos esculápios que lá trabalhavam, passavam a freqüentar professores de Clínica, cirurgia e anatomia, seus alunos e ainda médicos e estudantes de medicina voluntários. Não era apenas o exercício de caridade e a filantropia que moviam doutores e estudantes em direção aos leitos dos enfermos da Misericórdia. Mediar na Santa Casa era uma atividade prestigiosa não apenas pelo nome da instituição, mas também por conta do grande número de doentes que um médico poderia ter sob seus cuidados e, com isso, ter a reputação de uma carreira com vasta experiência. Se para os médicos, trabalhar na Santa Casa era um sinal de status e atraía para si uma boa clientela, as internações no hospital não gozavam da mesma estima pelos doentes que precisavam se internar sob seus cuidados. Tanto por conta da má reputação dos hospitais neste período, e de acordo com os costumes e ritos relacionados à morte, os senhores abastados preferiam ser tratados em suas casas, cercados pelo conforto e apoio familiar e assistidos por médicos de sua profunda confiança, do que ser tratado por estranhos em um hospital. Existiam bons motivos para a desconfiança e o medo de se tratar em hospitais¹⁷⁷. O confinamento em um hospital era a última opção para o doente, sobretudo no Hospital da Santa Casa.

Segundo o relatório de José Clemente Pereira, um de seus mais prestigiados provedores, que administrou a Entidade entre 1838 e 1854, as acomodações do hospital foram construídas contra todos os preceitos de higiene da época. As enfermarias além de insuficientes devido ao grande número de internações para o

177KARASCH, M. *Op.cit.* 2000. p.194.

tamanho do hospital eram úmidas e com a ventilação deficiente. A falta de canos de despejo de dejetos, segundo o provedor, era o maior incômodo da Santa Casa. Nas horas de maior movimento, o odor insuportável produzido pelo acúmulo de dejetos tornava o prédio praticamente inabitável. A limpeza não era realizada com a frequência recomendada, pois o sistema de transporte de água era muito dispendioso. O abastecimento era feito em carroças e ainda era necessário o auxílio dos serventes, que eram incumbidos de levar a água pelo prédio até os locais onde deveria ser usada. Assim, devido às dificuldades de abastecimento e transporte, não só a limpeza do prédio ficava comprometida, mas também a higiene dos doentes, que freqüentemente ficavam sem banhos, o que era uma reclamação recorrente dos médicos. Sendo a água um produto tão disputado na Misericórdia, não só a falta de limpeza do hospital e o péssimo asseio pessoal dos doentes concorriam para tornar o hospital insalubre: a precária lavagem de roupas do hospital era “nociva à saúde dos enfermos pelo perigo de contágios e à duração das mesmas roupas.” Para o redator da *Revista Médica Fluminense*, não só a lavagem mal feita de lençóis, cobertas e roupas poderia prejudicar mais ainda a saúde dos pacientes, mas a mistura indiscriminada das mesmas contribuía para a disseminação de moléstias contagiosas, principalmente de sarna e outras doenças de pele, comuns naquele nosocômio. O mesmo redator afirmou que os facultativos do hospital perceberam a necessidade de lavar as roupas separadamente a partir de um surto de febre tifóide no hospital, que teria sido ocasionado pela presença de colonos das ilhas Canárias, em 1835, acometidos desta doença.¹⁷⁸

178 A fonte é a *Revista Médica Fluminense*, página 264. Também citado em FAZENDA, 1959, p. 160.

Pacientes escravos na Santa Casa

O hospital da misericórdia mostrou-se um local importante para o treinamento e produção de conhecimento médico, mesmo antes da criação da faculdade de medicina. Uma questão se desvela a partir desta constatação: porque a Misericórdia torna-se um lugar propício para o ensino médico? Acredito que definir o tipo de pessoas atendidas por esta irmandade esclareça pontos importantes para o estabelecimento de um panorama dinâmico das relações entre ensino e produção de conhecimento médico e a sociedade. A assistência médica da misericórdia tinha como um dos seus aspectos fundamentais a cura e o conforto espiritual de doentes, sobretudo aos mais pobres, desamparados, que teriam direito ao atendimento gratuito. Sendo um estabelecimento voltado para a caridade, a maioria dos doentes tratados nesta instituição estava inserida na elástica classificação de pobreza. Se não podemos limitar a abrangência desta categoria, podemos ao menos verificar a definição de pobre encontrada no regimento da Santa Casa:

Art. 16º “Serão admitidos como Pobres:

1º Aqueles que apresentarem atestação do seu respectivo Pároco; em que ateste pobreza.

2º Os que fizerem constar sua pobreza por informação bocal, ou por escrita de pessoa reconhecida.

3º Os marinheiros, apresentando no ato de sua entrada, bilhete assinado pelo Proprietário, Capitão, ou Contra mestre da Embarcação a que pertencem.

4º Os escravos daqueles senhores, que mostrarem não possuir mais do que dois escravos.

Portanto, estão inseridos neste grupo os recém imigrados, libertos, africanos livres, escravos, marinheiros, pessoas de várias partes do império que chegavam atraídas pelo crescimento da cidade e toda uma gama de indivíduos sem relações sociais que viviam e circulavam pela cidade.¹⁷⁹ Embora os termos da pobreza estejam bem definidos no regimento de 1827, é importante ressaltar que isso não impedia a assistência aos que procuravam atendimento médico na Santa Casa, mesmo que não provassem ser pobres. Entre a massa de pobres e desvalidos que procuravam ajuda e cura para seus males, destacamos um em especial: os cativos.

Grande parte dos pacientes atendidos no hospital da Santa Casa de Misericórdia eram escravos. Embora faltem estatísticas com o número anual de atendimentos destes no hospital, temos informações através de documentação diversa que relatam o grande número de escravos que utilizavam o hospital para tratar de sua saúde. Um grande indício da presença destes pacientes é o mapa dos batismos, óbitos e casamentos no município da corte, publicado a partir de 1835 nos relatórios anuais do ministério do império. Através do número de óbitos de escravos na misericórdia, podemos perceber a profusão destes pacientes no hospital.¹⁸⁰ Seu acesso à Santa Casa se dava de múltiplas formas. Não raro, os cativos eram internados na misericórdia por iniciativa de seus senhores, e aqueles que não tinham direito à gratuidade pagavam pelas consultas de seus escravos.

179 Pimenta, T.S. *Op.cit.* 2003. p. 148.

180 Não é possível ter o número de escravos que morreram em tratamento na Santa Casa pois no relatório ministerial o número de óbitos é o somatório dos que estavam em tratamento no hospital e os que receberam apenas os serviços de enterramento no seu cemitério. Apesar de fornecer a informação do número dos que receberam o apenas o serviço funerário, não o divide nas categorias livres/libertos e escravos, como está dividido o registro (geral) de óbitos. Assim, pesquisadores especializados em estatísticas, podem apenas estimar o número de atendimentos, baseados nessas informações.

Ubaldo Soares fez uma lista com nomes de alguns dos ilustres senhores que pagaram pelo tratamento de seus escravos na Misericórdia, entre eles estão o Conselheiro Agostinho Marques P. Malheiros, o Barão de Mauá, o Barão de Nova Friburgo, o Conselheiro José Thomaz Nabuco de Araújo, o Visconde de Baependi e o próprio José Clemente Pereira, entre outros importantes membros das elites do Império¹⁸¹. A procura de tratamento de saúde para seus cativos naquele hospital era uma prática cotidiana na corte. O próprio governo imperial enviava seus escravos para ficarem sob os cuidados médicos da Santa Casa.¹⁸²

Apesar da preocupação de diversos proprietários pela cura de seus escravos, nem todos os senhores pagavam pelo tratamento de seus cativos. Era comum que estes se utilizassem de muitos subterfúgios para escapar de suas obrigações. Constantemente a mesa diretora se queixava sobre os proprietários inadimplentes. Alguns faziam propostas de formas alternativas de pagamento da dívida, geralmente a prestação de serviços temporários até a doação do escravo para a Santa Casa.¹⁸³ Frequentemente, os donos entregavam à Misericórdia aqueles que perdiam a utilidade para os serviços: idosos ou doentes incuráveis, como alienados, com elefantíase, leprosos e outros males que pudessem incapacitá-los para o trabalho. A doação, longe de ser uma atitude altruísta, era uma das artimanhas utilizadas para se livrar de um “peso morto”. Como podemos ver no caso de doação de escravo narrado a seguir:

Exmo Sr. Provedor

181 SOARES, Ubaldo. *A escravatura na Misericórdia: subsídios*. Rio de Janeiro, Fundação Romão de Matos Duarte, 1958. p.68-70

182 Pimenta, T. S. *Op.cit.* 2003 p.149-150

183SOARES, Op.cit. 1958. 39-51.

Envio a V. Excia. a inclusa carta que me dirigiu o Sr. Joaquim Gaspar de Almeida, acompanhando o título de doação que fez a esta Santa Casa do seu escravo Fernando, de nação Mina, que me foi entregue e na mesma ocasião me declararam alguns pretos da mesma nação que o acompanhavam, que pretendiam resgatá-lo do cativo a que seu senhor o destinava e que para esse fim a Santa Casa arbitrasse a quantia pela sua liberdade.

Deus guarde V. Excia.

Antonio Bento Vassimon

Administrador do Hospital

O pedido acima foi encaminhado ao Provedor da Santa Casa e retornou para o Administrador, pedindo uma avaliação de preço para a libertação do escravo. Vassimon retorna o parecer para o escrivão da Santa Casa:

Em obediência ao despacho proferido no requerimento de Benedito Sebastião Ferreira, em que pede que seja arbitrada a quantia para ser libertado o preto Fernando, de nação Mina, que, por doação de Joaquim Gaspar de Almeida, pertence hoje a Santa Casa, tudo quanto se acha expresso no supracitado requerimento, **esclarece que o escravo em questão está longe de prestar serviços que a beneficência do doador teve em vista, pois que se acha de mais a mais atacado de elefantíase dos Árabes a qual, segundo o cirurgião é incurável.**

Hospital da Santa Casa, 29 de Julho de 1838.¹⁸⁴

O escravo Fernando foi doado à Misericórdia porque provavelmente estava impedido pela doença de exercer as atividades que desejava seu senhor. Inválido

184 Ibid., p.49-50.

para o serviço, o escravo tornou-se para Joaquim Gaspar de Almeida unicamente uma fonte de gastos. A doação de escravos doentes era uma das estratégias utilizadas para escapar das obrigações para com o escravo e era uma prática tão comum quanto a alforria para escravos sem condições de trabalho¹⁸⁵. Usado até a mais completa exaustão, o escravo muitas vezes era descartado, jogado porta afora ou ainda entregue à caridade e muitas vezes não eram aceitos nem por esta instituição. Além dos “altruístas negligentes” existiam ainda os senhores imbuídos pelo espírito da mais “benevolente” filantropia que doavam seus escravos à Misericórdia em testamento ou ainda como seu último desejo impunham o trabalho compulsório por muitos anos como condição para suas alforrias¹⁸⁶.

Os escravos que trabalhavam nas dependências da Santa Casa eram responsáveis pelos mais diversos tipos de atividades na irmandade, desde a limpeza do prédio, transporte de dejetos, reparos, ou encarregados de atividades ligadas a práticas de cura, como barbeiros e enfermeiros. Pacientes ou mão de obra, podemos perceber que os escravos eram uma peça importante da estrutura de funcionamento do hospital. A estreita ligação entre o aprendizado médico e os serviços da Santa Casa, nos leva a imaginar a proximidade dos médicos com pacientes escravos em seu dia a dia de aprendizado, treinamento e práticas médicas. Desta forma, no hospital, em seus consultórios, em suas residências ou em fazendas, os doutores cuidavam da saúde de escravos e muitas vezes utilizavam esta experiência de cuidados de saúde dos cativos para produzir conhecimento.

185 Karasch, *Op.cit.* 2000. p.462

186 Sobre as diversas formas de alforria e as motivações dos senhores para libertar seus escravos na primeira metade do século XIX, ver: Karasch, 2000. pp. 460-474. Especificamente sobre a prestação de serviços na Misericórdia, ver o estudo de Soares, citado acima.

A construção dos saberes médicos baseada na investigação do corpo humano criou novas necessidades de estudo. A patologia ganha uma nova configuração em que o estudo da anatomia torna-se fundamental. Neste sentido, a busca por dissecações de cadáveres dos doentes para conhecer os impactos da doença no corpo, ou mesmo a indagação se este era a sede destas doenças, era crucial para o aprendizado e treinamento da profissão. A necessidade de estudar detalhadamente as doenças e classificá-las assim como a busca de corpos para o estudo tornaram cada vez mais o hospital um lugar de treinamento e aprendizado médico em associação com as faculdades. Assim, podemos entender como se configuraram as relações entre hospital e aprendizado médico no contexto luso-brasileiro e posteriormente esta relação para a institucionalização da medicina nos quadros nacionais. A Academia Imperial de Medicina, em união com as outras duas instituições, torna-se um espaço de discussão sobre as práticas e sua divulgação, buscando fortalecer a identidade daquele grupo profissional. A inter-relação entre estas três instituições - Faculdade de Medicina, Hospital da Santa Casa de Misericórdia e Academia Imperial de Medicina - cria uma sinergia em torno do processo de institucionalização profissional, que possibilitava a produção de conhecimento médico-cirúrgico.

Neste contexto, os enfermos alojados nos hospitais e aqueles que morriam tornavam-se campo de prova e treinamento para médicos e cirurgiões. Doentes internados nas enfermarias da Santa Casa, sobretudo os escravos, tornariam – se objeto de observações médicas ou objetos de aprendizado, nas mesas de dissecação. Neste sentido, podemos averiguar o uso do corpo escravo na produção de conhecimento médico, analisando as descrições de teste de remédios e tratamentos nos corpos destes pacientes. Vê-se ainda como a

observação de suas doenças foi capaz de fornecer subsídios para a produção de conhecimento sobre enfermidades que grassavam a população pobre.

III – O escravo como objeto de ciência

“Posta a condição de se não quebrar nunca aquele grande princípio de moral médica, não prejudicar o enfermo, a arte de experimentar em terapêutica é útil, necessária e indispensável.”
(Boletim de medicina, cirurgia e farmácia de Madrid, 1841)

O objetivo deste capítulo é mostrar a importância do corpo escravo como objeto e ferramenta de construção de conhecimento científico na produção textual dos homens de ciência que circulavam pelas instituições formadoras do pensamento médico na corte imperial. A análise incidirá principalmente sobre os artigos publicados nos periódicos vinculados à Academia Imperial de Medicina.

O processo de institucionalização da medicina, identificado pela criação das faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e da Academia Imperial de Medicina¹⁸⁷, não estaria completo sem o advento do periodismo médico. Se por um lado o periódico era uma forma de divulgar a produção científica dos cirurgiões e médicos da Santa Casa, dos professores da Faculdade de medicina e demais ilustres sócios da Academia, ele também pode ser analisado como uma instituição independente¹⁸⁸, ao aglutinar em torno de si um grupo de médicos que construíram linhas de atuação para a medicina e saúde pública dentro do

187 Antes de se tornar a Academia Imperial de Medicina, era conhecida como Sociedade de medicina do Rio de Janeiro (SMRJ).

188 Sobre o assunto, ver a tese de Luiz Otávio Ferreira, O nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX. 1996. Tese de Doutorado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

contexto de formação do Estado Brasileiro e de construção uma identidade nacional. Através de suas páginas, os médicos estabeleciam as regras sobre o ensino de sua profissão e para o exercício dos ofícios de cura, delimitando os profissionais que atuavam de acordo com seu conjunto de práticas e saberes, construindo assim sua identidade profissional. Paralelamente, em sua busca pela hegemonia do conhecimento e do exercício das artes de curar, relegavam à condição de charlatanismo as práticas de cura alheias a sua concepção de ciência.

Além de divulgar o conhecimento científico estabelecido e reconhecido pelos pares e de auxiliar na constituição de um “espírito de corpo”, o periódico se firma como um indispensável veículo de legitimação do campo médico-científico para a sociedade ao estabelecer o diálogo com a sociedade respondendo cartas de leitores “leigos”, validando o uso de tratamentos já referendados pelo saber local e ainda estimulando o uso de manuais médicos nas localidades onde faltavam estes profissionais. O periódico médico neste período exerce uma tripla função: constitui um campo científico-profissional, é seu porta-voz e também o canal de comunicação entre este grupo e a sociedade letrada.

A frase que serve de epígrafe a este capítulo foi retirada de um artigo publicado na *Revista Médica Brasileira* em 1842¹⁸⁹. O texto, extraído de um periódico médico espanhol, foi traduzido e inserido naquele jornal, vinculado à Academia de Medicina. A divulgação de artigos de outras revistas especializadas (principalmente européias e norte-americanas) era uma prática corrente entre as

189“Indicações que se devem ter presentes para que as experiências que se fazem em clínica médica, produzam os efeitos desejados na terapêutica.” Artigo traduzido do Boletim de medicina, cirurgia e farmácia de Madrid (30 de Julho de 1841) por J. M. do Rosário. *Revista Médica Brasileira*, vol. I, nº 12, Abril de 1842.

publicações médicas da Europa e das Américas, como parte de uma estratégia de difusão das informações científicas¹⁹⁰. No caso brasileiro especificamente, esta prática nos mostra o constante contato da elite médica do império com o conhecimento técnico-científico produzido em outros países. E mais importante, ler e publicar ciência demonstra o quanto os médicos nacionais estavam comprometidos com a idéia de que o conhecimento científico seria algo supostamente universal e universalizante, para o qual as especificidades do local seriam informações importantes a serem acrescentadas a esta ciência, internacional.

Para além das estratégias de difusão do saber, o artigo espanhol expõe um tema que acredito ser essencial para o entendimento das dinâmicas de construção do conhecimento médico: a experimentação de novas técnicas e novos tratamentos. A atividade empírica aliada ao aprendizado baseado na observação anatômica e nosológica são os fundamentos constitutivos da prática médica da primeira metade do século XIX. Este conjunto metodológico ancorado no olhar do médico sobre o corpo doente ou sobre o cadáver gerava uma demanda por pacientes para demonstrações e estudos. Eram necessários corpos disponíveis para colocar à prova novos tratamentos e remédios e ainda para verificar a eficácia de métodos clássicos ou de terapêuticas de pretensão sucesso. À beira do leito era travada uma batalha entre a evolução da doença e todos os métodos que os doutores podiam (ou queriam) ter em mãos. Mesmo a morte do paciente rendia bons frutos para o aprendizado, pois o corpo sem vida era aberto e dissecado em busca de respostas sobre a origem da enfermidade, sua

190 Ferreira, Luis Otávio. O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX. Tese de doutorado, USP, São Paulo, 1996. p. 100.

localização¹⁹¹, suas conseqüências para o corpo, ou para a ampliação dos conhecimentos e informações sobre anatomia, órgãos e tecidos¹⁹². A construção dos espaços de produção de conhecimento, aprendizado e treinamento médico estava intimamente ligada ao cotidiano daquela sociedade escravista. A partir dos artigos publicados em periódicos médicos, teses acadêmicas e tratados médicos, percebemos o significativo uso de escravos como material clínico para treinamento de novos médicos por meio de observações coletadas no leito dos pacientes e intervenções cirúrgicas, em testes de novos tratamentos e remédios e ainda no uso de seus corpos em dissecações e nas aulas de anatomia.

A Santa Casa de Misericórdia teve importante papel como espaço de treinamento e construção dos saberes e na constituição da medicina enquanto campo autônomo das ciências. O hospital servia como elo entre aprendizes, mestres e pacientes. Os médicos que lecionavam ou trabalhavam naquele lugar de cura e de estudos participavam em sua maioria também de outra instituição, a Academia Imperial de Medicina, que servia de arena de debate para os mais renomados médicos do império. A divulgação das idéias e propostas desta elite médica em torno das temáticas da ciência e da saúde, seus projetos de nação, sua visão política e social sobre o Brasil e seu povo foi promovida especialmente pelos periódicos médicos vinculados àquela agremiação¹⁹³

191 Neste período diferentes concepções sobre as relações entre corpo e doença circulavam entre os médicos. Não havia um consenso teórico, como foi exposto no capítulo II.

192 Sobre as concepções sobre as relações entre corpo e doença, ver também o artigo de Olivier Faure *O olhar dos médicos*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean – Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008. *História do corpo v. 2*.

193 Para efeito deste estudo, estou considerando o periódico *Propagador das Ciências Médicas* (1827-1828) fundado por Sigaud e Plancher com o mesmo grau de ligação com os periódicos que foram produzidos pela Academia. Embora não fosse um periódico oficial, sob os auspícios da academia, este era produzido por importantes sócios daquela agremiação. Além disto, matérias intimamente ligadas à academia eram publicadas, tais como discussões feitas pelos acadêmicos e até as atas da agremiação.

De 1828 a 1850, os periódicos publicados sob os auspícios dos acadêmicos passaram por mudanças de enfoque, conforme as alterações de perfil promovidas por seus editores. Mesmo com as mudanças de estilo inerentes a cada “homem de ciência” responsável pela publicação, podemos perceber a permanência de alguns tipos de textos que constantemente figuravam nas páginas daqueles periódicos. As atas das sessões da Academia estavam presentes em todas as edições do jornal e eram um importante segmento daqueles periódicos. A publicação constante desse documento interno daquele grupo nos mostra sua estreita ligação com a Academia, caracterizando assim sua função como veículo de divulgação institucional. As narrações dos encontros traziam ao conhecimento do leitor o andamento do trabalho dos acadêmicos. Ali eram relatadas as decisões administrativas sobre as questões pertinentes à organização da profissão e ensino médico, ao aceite de novos membros, relatórios e pareceres elaborados a pedido de diversas instâncias do Estado imperial. Além da especificidade do texto burocrático, descritivo e institucional, nestas atas também eram narradas discussões sobre epidemias reinantes, casos médicos peculiares e relatórios sobre tratamentos realizados, julgamento de memórias sobre matéria médica apresentadas em suas reuniões ou enviadas por seus associados ou candidatos a membro da academia, além de outros assuntos pertinentes aos ofícios de cura. As atas das reuniões eram uma narrativa descritiva das atividades daquele grupo de homens de ciência.

Além das atas, eram publicados com freqüência os já citados artigos traduzidos de jornais médicos estrangeiros. Como foi dito acima, este era um traço marcante daquela publicação. Os textos traduzidos eram, em sua grande maioria, de revistas especializadas da Europa e dos Estados Unidos e seus

artigos e notícias médicas versavam sobre os mais diferentes aspectos ligados à medicina e à cirurgia. A divulgação da produção científica internacional não era um fenômeno isolado e sim uma característica fundamental dos periódicos especializados de forma global. A publicação de novas “descobertas” dos ilustrados ligados às artes de curar de outros países deve ser entendida como o indicativo da idéia de que o conhecimento em ciência era universal e torná-lo público não seria importante apenas para difundir uma nova técnica, teoria ou medicamento, mas também para fazê-la passar pelo crivo de toda a comunidade científica. A publicação de um estudo tinha o sentido de fazer com que aquelas idéias estivessem em uma arena mundial de debate em que, após considerações de crítica e apoio, seria ou não aceita por outros médicos e cirurgiões de todo o mundo. Além de artigos internacionais, eram publicados também trechos de livros estrangeiros e brasileiros com assuntos relacionados à saúde, memórias, ensaios e outros textos que apesar de não representar um pensamento médico homogêneo, eram o registro polifônico das diversas formas de se fazer e pensar a medicina.

Relatórios e observações médicas também figuravam em suas páginas, onde eram descritas as práticas no trato de moléstias, sobretudo em casos considerados singulares. A importância deste tipo de relato era a possibilidade de se contribuir com novas formas de tratamento e de cura. Em uma verificação cuidadosa do conteúdo destes periódicos, podemos perceber que as narrativas que versavam sobre a “matéria médica” eram frequentemente acompanhadas da descrição de casos concretos de tratamentos de pacientes, dos quais grande parte eram escravos. O grau de detalhamento destes casos é variável de acordo com a perícia de seu narrador e também do conjunto de informações que ele

conseguiu obter. Desta forma, a riqueza de detalhes no relato de uma observação médica estava diretamente relacionada ao tempo de convívio que o profissional teve com o paciente, ao interesse que seu caso despertou no médico e até mesmo às suas concepções teóricas, que influenciavam no desejo em pormenorizar o relato sobre uma cura ou tratamento. Para um médico influenciado pelo neo-hipocratismo, seria interessante relatar a constituição física do paciente, sua profissão, hábitos alimentares, local de nascimento. Em suas reflexões sobre o caso, seriam objeto de interesse as condições do local em que o paciente vive e trabalha, o tipo de roupa que usa, entre outros fatores ambientais que poderiam explicar as condições do doente. Desta forma, a exposição dos casos clínicos observados era parte importante na construção do conhecimento médico. As descrições destes casos tinham algumas funções específicas: demonstrar a eficácia de um medicamento, exemplificar o bom uso de um tratamento ou a execução de um novo método, e ainda, validar argumentos em favor de uma teoria médica. Os corpos dos doentes da Santa Casa, sobretudo os corpos dos escravos, estavam disponíveis para a observação clínica e experimentação. E como verificamos no capítulo anterior, o conjunto de pacientes da Santa Casa de Misericórdia, neste período, era formado principalmente pelas camadas mais pobres da sociedade: imigrantes portugueses, pretos e mulatos livres e, sobretudo os escravos. Estes, por sua vulnerabilidade social tornavam-se “corpos dóceis”, por um lado beneficiados pela filantropia do hospital daquela irmandade, por outro, eram o “material clínico” para o aprendizado e investigação médica. Este misto de filantropia e uso do corpo de pacientes vulneráveis pode ser verificado em outras práticas médicas retratadas no jornal, como nos ensaios sobre produtos naturais brasileiros.

O “empirismo vulgo” e o olhar científico

Encontrar na natureza local produtos com propriedades medicinais era o desejo da maioria dos médicos que frequentavam os salões da academia e as enfermarias da Santa Casa. Este desejo, porém, não era novidade. A partir do contato com as populações autóctones, alguns médicos e naturalistas identificaram plantas com propriedades curativas durante o período colonial. As descrições dos usos de remédios naturais pelos indígenas e escravos vindos d’África serviram de ponto de partida para os médicos, farmacêuticos, naturalistas e cirurgiões que se preocupavam com a dificuldade em conseguir certos remédios europeus, enquanto viviam em uma terra repleta de raízes, frutos, folhas, pedras e bichos, de onde seria possível extrair drogas de grande utilidade para a cura de moléstias que assolavam estas terras. Nas transcrições das reuniões destes acadêmicos, era comum figurar comunicações de seus experimentos sobre novos remédios encontrados em nossa flora. A busca por eficientes purgantes, vomitórios e outros medicamentos tinha como objetivo principal substituir as drogas oriundas da Europa, devido ao preço elevado e à dificuldade de importá-las. A escassez de importantes remédios tornava-se frequente por conta dessas atribulações. Para colocar à prova a farmacopéia brasileira, eram necessários testes em pessoas doentes e saudáveis, com o intuito de avaliar os efeitos, verificar o sucesso ou fracasso do tratamento com estes remédios e estabelecer suas dosagens e modos de uso. Este exercício de transformação de um objeto natural¹⁹⁴ em artefato científico está claramente presente no *Ensaio sobre o óleo*

194 Este objeto não é utilizado in natura, na verdade sofre constante intervenção humana. Uma planta poderia ser consumida na forma de chá, cataplasma, pó ou ainda separar suas sementes e

de Joanésia. Publicado no *Semanário de Saúde Pública*, o artigo nos mostra um pouco do universo destas tentativas de descobrir ou inventar novas drogas a partir da experimentação em pessoas.

No dia 8 de Janeiro de 1831, em reunião da Sociedade de Medicina, o Dr. Joaquim Cândido de Meirelles, um dos mais prestigiados médicos daquela agremiação e seu primeiro presidente, leu o *Ensaio sobre o óleo de Joannesia*, para a apreciação de seus pares e entregou à academia dois frascos daquele produto “a fim de fazer sobre este remédio as experiências que julgasse oportunas”. No ensaio, o médico manifestara sua preocupação com as dificuldades em obter remédios, muitos deles importados pelos boticários, o que sempre trazia inconvenientes. O principal eram os elevadíssimos preços de certos produtos e, certas vezes, sua falsificação. Devido a estes obstáculos para a obtenção de medicamentos, sobretudo de procedência confiável, o médico propôs o estudo e uso de produtos abundantes na natureza brasileira. Desta forma, ele apresentou como grande vantagem o uso da Joanésia (*Joannesia princeps*)¹⁹⁵ em substituição do óleo de “*Croton ligium*” que, extraído das sementes desta planta oriunda da Índia, era utilizado como um purgante potente, um “drástico”¹⁹⁶. Seu óleo era utilizado externamente em fricções na pele e internamente em pílulas, pastilhas, emulsões ou aplicado em clisteres.¹⁹⁷

retirar-lhe o óleo. De fato, o que nos interessa é que eram remédios da medicina popular feitos a partir de produtos naturais.

195 A Joanésia também conhecida como Andá-Açu, foi descrita e classificada pelo método linneano pelo naturalista Frei José Mariano da Conceição Veloso em 1798, que a batizou *Joannesia princeps* em homenagem ao então príncipe regente D. João. In: Langaard, Theodoro J. H. Dicionário de medicina domestica e popular. Vol. I, Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert. 1865. p.148

196 ver SILVA, Antônio de Moraes. *Diccionario da língua portugueza*. Lisboa: Officina de Simão Thaddeo Ferreira 1789.

197 Langaard, Theodoro J. H. Novo formulário médico e pharmaceutico. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert. 1868. p. 489

Seguindo a idéia de valorização e uso dos produtos nacionais, Meirelles desejava demonstrar que o óleo nativo era tão bom como purgante quanto o produto importado. Para recomendar e incentivar o uso daquela planta nativa era necessário construir argumentos científicos capazes de persuadir seus pares da eficácia do remédio. Esse processo de convencimento seria realizado através da observação dos efeitos da planta nos pacientes.

Na primeira parte do ensaio, ele explorou os conhecimentos existentes sobre a planta. Neste caso, era um produto já classificado cientificamente, porém a informação mais interessante era o conhecimento das vantagens do uso da planta a partir dos relatos de seu uso pelo “vulgo”. Meirelles não foi o primeiro a reconhecer as qualidades medicinais da Joanésia. Sua decisão de experimentar este óleo purgativo possivelmente estava apoiada na leitura dos relatos do uso do Andá-açu por Piso e Marcgrave e principalmente na obra do Frei Mariano Velloso (*Alographia dos alkalis fixos*, 1798 p. 201), famoso naturalista luso-americano, que citara a obra dos viajantes da colonização neerlandesa. Willem Piso e George Marcgrave narraram o uso destas sementes no século XVII em seu *Historia Naturalis Brasiliae*(1648):

Comendo-se duas, não passadas pelo ventre, e a alguns provocam o vomito juntamente. As pessoas poderosas, e os prelados do Brasil, antigamente preferiam este purgante e saudável remédio a todos os outros. A sua obra é violenta, e por isso não convém ser aplicado as pessoas enfraquecidas pela moléstia, sem que antecipadamente tenha recebido da mão do médico alguma

correção, administrando-o, ou em forma de electuário ou de taboletas.¹⁹⁸

Este mesmo trecho foi reproduzido por Frei Velloso em sua obra e, certamente, o médico estaria familiarizado com os textos, dada a importância de ambos. Além da provável leitura destas obras essenciais que descreviam a flora brasileira, é bem possível que Meirelles tenha observado o uso popular desta planta. Segundo o relato de Piso e Marcgrave, seu uso era comum no século XVII tanto por portugueses quanto por indígenas. Além disso, os outros nomes pelos quais a planta era conhecida são particularmente esclarecedores: “Purga de gentio”, “Coco de purga” e “Purga dos paulistas”. A denominação popular da planta aponta para seu uso pelo “vulgo” como purgante, o que reforça a idéia de que o médico sabia do uso popular da planta e da sua eficácia. Desta forma, elaborar um ensaio sobre as qualidades medicinais desta planta serviria muito mais para convencer seus pares das vantagens do uso de uma planta brasileira do que propriamente à divulgação de algo inédito.

Como a joanésia era uma planta descrita e catalogada por especialistas que gozavam de grande reconhecimento, Meirelles poderia simplesmente usar como base as descrições que aqueles naturalistas fizeram da planta e suas aplicações na colônia para recomendar seu uso como remédio. Porém, naquele contexto influenciado pela medicina anatomoclínica, apenas a narrativa de sua eficácia por homens de ciência balizados do passado não teria a força persuasiva do teatro da prova. Assim, para demonstrar o sucesso daquela substância era necessária a sua administração controlada em seres humanos – tanto em pessoas doentes,

198 Piso & Marcgrave apud LANGAARD, T.J.H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Laemmert & Cia. 1869. v.1, p. 149

quanto em pessoas saudáveis. A observação empírica do comportamento do corpo perante a substância teria um poder persuasivo, científico, que a simples narrativa dos clássicos não possuía mais. Segundo os relatos do autor, os primeiros testes foram realizados em si mesmo e em seu escravo:

Não sabendo ainda qual seria a dose, em que poderia empregar este excelente purgante, fiz em mim a experiência com uma dose, que teria oito, dez ou doze gotas: no fim de hora e meia, sem ter sentido nenhum movimento nos intestinos, sem dor, nem os “borborygmos” que ocasionam os outros purgantes, comecei a ir abaixo por 20 vezes sucessivas, as quais foram seguidas de fortes evacuações alvinas. Uma dose tão elevada e de cujo efeito eu não estava prevenido, não fez se não produzir um grande abatimento, resultado da grande perda de soro. Quatro dias depois tentei de novo, tomando três gotas, duas horas depois quatro jatos foram determinados. **Certo do seu efeito e da dose, em que poderia ser empregado passei a dar a um escravo meu de idade de 14, para 15 anos: quatro gotas foram seguidas de quatro evacuações copiosas. Satisfeito destes resultados, comecei a empregá-lo em alguns doentes,** obtendo os mesmos resultados, pouco mais ou menos.

Entretanto, convém referir que um indivíduo robusto tomou oito gotas e não produziu nenhum efeito, porém se dermos atenção à robustez e boa compleição dele, não nos admirará que isso acontecesse.¹⁹⁹

Não era importante apenas saber se a planta era um purgante eficaz. Todo o procedimento de teste do produto realizado por Meirelles com a finalidade de avaliar sua eficácia representava também o processo de transformação de uma

199 SSP, n.4, 1831. p.24

erva medicinal de uso popular em um remédio recomendado pela medicina, ou seja, houve a construção de um artefato científico, segundo os parâmetros de seu tempo. Nesta metamorfose de “coco de purga” para óleo de Joanésia, a “arriscada” iniciativa voluntária de testar o purgante em si próprio contrasta com a impossibilidade de escolha por parte de seu jovem escravo. Entretanto, o médico demonstrara cautela ao experimentar primeiro em si e em um escravo saudável, o que constituía uma hierarquia de segurança nos testes daquele óleo e evitava pôr em risco a vida de seus pacientes já debilitados. Além dos cuidados “éticos” do doutor, este fato teve um papel fundamental na construção daquele texto científico. A partir destes testes, o médico pôde verificar o quão forte era a reação do organismo ao produto, efetuar métodos de extração do óleo e estabelecer a concentração na qual o produto poderia ser administrado com segurança em pacientes. Os testes serviriam ainda para observar os possíveis efeitos colaterais e conseqüências de seu uso a fim de obter parâmetros de comparação com o óleo de Croton. Neste caso, Meirelles constatou a ausência de cólicas na administração da Joanésia, um dos incômodos causados pelo uso do produto das boticas européias.

Toda a construção argumentativa de Meirelles tinha como objetivo estimular a busca por remédios que pudessem ser produzidos no solo do próprio país. Difundir entre os médicos o uso de produtos da natureza local trazia a vantagem de uma brusca diminuição no custo destes medicamentos. Neste caso, Meirelles calculou que seu preço seria de três a quatro vezes mais barato que o óleo estrangeiro. Esta redução significativa no preço do medicamento resultaria em uma ampliação da população que teria acesso a este remédio, o que facilitaria o

tratamento de doenças onde eram necessários os purgantes, sobretudo nas camadas mais baixas da sociedade. Em suas palavras:

A classe pobre para quem os médicos devem olhar com mais desvelos e filantropia, vai receber um grande benefício, por quanto os farmacêuticos, em quem não existe menos filantropia, do que os médicos, vendendo uma dose deste remédio em combinação com qualquer emulsão, uma onça, por exemplo, por preço de 40 rs, podem exuberantemente compensar-se do seu trabalho.²⁰⁰

A preocupação filantrópica com o cuidado dos pobres era herança das Luzes do século XVIII. Fazia parte de seu próprio etos profissional a ajuda aos menos favorecidos²⁰¹. Além das influências intelectuais, em sua vida profissional teve um amplo contato com pacientes pobres. Meirelles começou sua carreira como cirurgião, profissão que herdou do pai, Manoel Soares de Meirelles, cirurgião praticante em Sabará²⁰². Além de sua formação prática, acredito que sua maior proximidade com a pobreza estava no seu atendimento médico na Santa Casa de Misericórdia. Durante sua atuação como médico deste hospital, prestava atendimento cotidiano a toda sorte de enfermos pobres, escravos, libertos, marinheiros e imigrantes portugueses e africanos. A partir desta vivência, testemunhava os males sofridos por aqueles homens e mulheres, vítimas sobretudo de doenças relacionadas às suas precárias condições de vida. Sob este aspecto, procurar novos produtos autóctones, disponíveis na natureza, possuía um caráter humanitário ao ampliar a possibilidade de acesso das

200 Ibid. p.25.

201 A preocupação com os menos favorecidos era institucional. A sociedade de medicina possuía uma comissão permanente responsável por organizar e ministrar consultas gratuitas para a população.

202 SOUTO, Luiz Felipe Vieira. Soares de Meireles: contribuições para a sua biografia. RIHGB, RJ, Imprensa Nacional, 1935. p.19

camadas mais pobres da sociedade ao tratamento médico. Com a perspectiva de que por à prova novos remédios encontrados em nossa natureza, encontrar novos usos para drogas conhecidas ou verificar a eficácia de itens nacionais utilizados em medicina popular era produzir uma ciência voltada para o bem estar da sociedade, o doutor mulato estimulava outros médicos que, assim como ele, tinham fácil acesso a doentes em hospitais a experimentar o medicamento em seus pacientes:

Seria conveniente que os facultativos, que se acham à testa **dos hospitais ensaiassem este medicamento** para ver se além das virtudes purgativas, ele tem outras, que o façam mais recomendável e não só sobre este, como todos os medicamentos do nosso país, eles devem com preferência dirigir as suas vistas.²⁰³

Em busca de novos usos medicinais para aquela planta, Meirelles encorajara seus pares a usar como objeto de ensaio seus pacientes de hospitais onde clinicavam a fim de testar o remédio. Entretanto, o uso deste produto e sua recomendação tornou-se possível somente após uma série de procedimentos e testes em si e em seu escravo, a fim de comprovar sua eficácia e validar sua utilidade como um artefato científico.

Esta preocupação com o aproveitamento da abundante natureza brasileira chamou a atenção de um leitor do semanário²⁰⁴, que enviou para a redação do jornal amostras de óleos e uma carta onde narrava suas próprias experiências

203 SSP, n.4, 1831. p.24

204 O leitor justificou o envio da carta e dos “quatro vidrinhos com diferentes óleos” dizendo que seria “dever que todos teriam de trabalhar para o bem comum” e ainda, que não deveríamos de comprar remédios estrangeiros se pudéssemos produzi-los à partir de nossa própria flora. “pois o dinheiro dado ao estrangeiro é como o sangue, que extraído de nossas veias, a elas não volta.”(Semanário n.54, Janeiro de 1832. p.256)

com o Andá-açu. José Victorino Ventura Pinheiro considerava-se um “entusiasta da medicina” e, embora não possuísse conhecimento acadêmico, lançou mão da empiria experimentando os óleos e utilizando sua percepção prática. Descreveu suas experiências especificando detalhadamente seus procedimentos. Os óleos foram extraídos por pressão e sua medida de gotas foi feita através de “uma pena de escrever de bicos bem agudos”. O óleo de Croton *tiglium* foi experimentado em um de seus empregados, provavelmente um escravo:

um preto com dores pelas juntas, dei-lhe três gotas em calda de açúcar: o efeito foi pronto, e suave, mas pouco abundante (três pequenas dejeções), repeti-lhe a mesma dose (**não me atrevia excede-la**) e o resultado foi o mesmo.

Contei ao meu amigo, o Sr. Joaquim da Silva Garcês, que tinha extraído óleo do nosso pinhão, e ele fornecendo-me um volume de Magendie (que trata de venenos) me disse, que eu devia oferecer à sociedade de medicina uma porção de óleo, afim de que ela pudesse fazer as suas observações, para que se os resultados fossem como era de esperar, nos isentássemos de comprar ao estrangeiro por excessivo preço aquilo mesmo que tínhamos em abundância.²⁰⁵

A partir da leitura de François Magendie (1783-1855) sobre o Croton *triglium* peruano, o autor decidiu aumentar a dose do remédio. A decisão de aumentar a dose apoiado pelo estudo do livro de Magendie, revelou a preocupação com a segurança do paciente que era usado naquele experimento:

205 SSP n.54, 1832. p.256.

Dei ao mesmo preto 6 gotas e o efeito foi pronto, suave e abundante, mandei-lhe untar com o mesmo óleo as juntas doloridas (que eram da cintura para baixo) principiando pelas cadeiras, e melhor das dos joelhos: está também untando as juntas dos pés, creio que terão o mesmo resultado.²⁰⁶

É notável a cautela do Sr. Ventura na realização desta experimentação. Seu receio em aumentar a dose foi superado apenas depois da consulta à literatura especializada. A leitura e verificação empírica dos efeitos do óleo no corpo do escravo serviram para estabelecer a dosagem em que o produto pudesse surtir o efeito desejado sem debilitá-lo ou pôr sua vida em risco. Entretanto, com a *Joannesia princeps* o autor foi mais audacioso. Ele afirmou ter o costume de aplicá-la em pessoas de sua família como purgante na forma de coco, o que provocava efeitos adversos desagradáveis promovendo dores no ventre e vômito. Desconhecendo os efeitos que o óleo poderia provocar, resolveu não colocar a vida de seus familiares em risco:

Querendo fazer purgar dois pretos robustos, dei a cada um 6 gotas em café “com bem açúcar”, e o mais robusto obrou muito pouco, e o outro nada. Para não perder mais tempo, recorri ao *Cróton* (como já certo da dose, em que operava bem) dei a cada um 6 gotas, e o efeito foi pronto, suave e abundante.²⁰⁷

Neste experimento a joanésia teve um efeito aquém do desejado, possivelmente graças à boa condição física dos pretos. Dada a ação ineficaz do

206 Ibid. p.257.

207 Ibid. p.258.

Andá-açu, Ventura aplicou a dose já atestada de Croton para comparar a ação dos dois purgantes.

Em sua preocupação com a identificação de produtos medicinais, os membros da academia dialogavam com leigos como o Sr. Ventura em busca de acumular conhecimentos sobre as substâncias extraídas desta terra. Assim, tanto o leigo quanto o saber local não eram considerados como adversários, mas sim aliados importantes que poderiam possuir informações preciosas que eram processadas pelos médicos e usadas em seu favor. Nas páginas dos periódicos ligados à Academia podemos perceber a constante preocupação em identificar novos remédios entre os produtos naturais brasileiros. Para isto, a principal estratégia dos médicos era observar o uso dos produtos naturais pelos indígenas e africanos. Esta relação entre médicos e a medicina popular pode ser verificada através da discussão em torno de outra carta enviada à Academia e analisada pelo Dr. Jobim.

De Porto Alegre, o Sr. Lourenço Junior de Castro enviou para a Academia amostras de ervas e minerais para serem analisadas. Estes produtos naturais eram vendidos por um índio como remédios, atitude que levantou as suspeitas do autor da carta. A academia passou para o Dr. Cruz Jobim a responsabilidade de estudar as ervas e responder aos questionamentos.

Em seu relatório, Jobim lamentara-se por não poder analisar as amostras minerais e pela falta de material adequado para isto. Queixou-se também da pequena quantidade das amostras, o que impossibilitou análises conclusivas dos outros materiais. Por isso, arriscou seu parecer apenas sobre o Mixucam, que além do uso popular como vomitório, o médico julgou ser ao menos um purgante, a partir dos exames feitos em pacientes da Santa Casa:

Mixucam, vomitório, da-se em caldo, ou leite de vaca: é uma pequena porção do caule de um vegetal, de gosto excessivamente amargo; mandei reduzi-lo em pó, e administrei 12 grãos da maneira por que se dá a ipecacuanha, a um doente do hospital que tinha a língua saburrosa, sem contra indicação para tomar um vomitório, o doente tendo-o tomado às 9 horas, não sentiu incômodo algum, a tarde teve duas evacuações alvinas, não abundantes, sem tenesmo, nem a menor dor no ventre; no dia seguinte o estado saburroso da língua tinha quase desaparecido; este fato animou-me a administrar dobrada dose a uma mulher, que me disse não ter evacuado havia três dias, mandei-lhe dar 24 grãos suspensos em água morna; esta mulher não teve vômitos, nem ânsias, porém passado tempo ela começou a ter evacuações alvinas, e até a noite teve cinco sem o menor incômodo; no dia seguinte, à hora da visita ela estava alegre com o efeito do remédio. Daqui conclui que o Mixucam é um bom purgante, esse é vomitivo será em maior dose: não tive mais para começar novos ensaios.²⁰⁸

Apesar da impossibilidade de exames precisos, Jobim recomendou que se informasse ao leitor que nenhuma das substâncias enviadas poderia ser considerada um veneno. Pelo contrário, algumas poderiam “figurar com vantagem em uma matéria médica brasileira”. Jobim demonstrara preocupação em encontrar em nossa natureza remédios para as doenças que se espalhavam pelas províncias. Ele advertiu para que os indígenas não fossem considerados “assassinos”; em vez disso, eles deveriam sim ser estimulados a entregar os produtos naturais que usavam como remédios para que estes fossem estudados.

208 Exame das amostras das drogas medicinais enviadas de Porto Alegre, pelo Sr. Lourenço Junior de Castro, lido na Sociedade de Medicina na Sessão de 16 de Outubro de 1831. Semanário da Saúde Pública n.30 pg. 156

O médico reconheceu a importância deste saber local ao lembrar a Lourenço de Castro que “a esses indígenas respeitáveis, deve a humanidade a descoberta da ipecacuanha e da quina.”²⁰⁹

Para além da exaltação romântica da natureza brasileira, questões pragmáticas agiam de maneira imperativa: a dificuldade de conseguir as drogas européias. A escassez, os altos preços e ainda a falsificação dos produtos eram fatores suficientemente fortes para incentivar a criação de uma *botica da natureza*²¹⁰ brasileira. Esta preocupação em se estabelecer uma farmacopéia nacional é recorrente entre os membros da Sociedade de Medicina e posteriormente da Academia Imperial de Medicina. Além desta justificativa profundamente pragmática, é possível identificar a associação entre lugar, doença e cura. A mesma natureza onde se desenvolvem doenças é onde se deve procurar a cura.

A busca pelos remédios da terra mobilizava os médicos durante os anos 30 do século XIX e os debates sobre sua eficácia continuavam tendo como parâmetro a experiência empírica do vulgo e a validação dos médicos a partir de suas observações de aplicações e testes em pacientes. Em uma das reuniões da academia discutiu-se efusivamente o uso de diversas substâncias. Este debate sobre as propriedades medicinais de produtos naturais encontrados no Brasil teve início com a apresentação do Dr. Meirelles sobre uma planta chamada pelos populares de tolanga, que o mesmo identificou como a *Leonurus cardiaca* classificada por Lineu. Utilizada como peitoral e antihemoptísico, o médico ressaltou que por sua “própria experiência ele verificara as virtudes medicinais

209 Ibid.

210 Termo que tomo emprestado de Sérgio Buarque de Hollanda, título do importante capítulo de Caminhos e Fronteiras.

deste vegetal.” A comunicação e as conclusões sobre os benefícios do remédio foram referendadas por dois outros acadêmicos presentes na reunião. Eles asseveraram as vantagens da tolanga a partir das observações de cura de seus pacientes.

Apesar de não identificar a condição social dos pacientes que foram objeto dos testes, esta comunicação nos mostra a preocupação dos médicos com a identificação de novas drogas nacionais. Meirelles atestou e recomendou o uso de um “vegetal que cresce em abundância nos lugares rústicos da Cidade”, cujos efeitos curativos foram percebidos pelo uso popular e que estrategicamente poderia ser usado pelos médicos para substituir drogas estrangeiras e de difícil acesso. Ela poderia ser um “digno” substituto ao “Hysopo e a outras plantas usadas em afecções crônicas do peito e nas hemoptises”. Nesta mesma reunião, o Dr. Joaquim Vicente Torres Homem, médico do distrito de Campos, reafirmou a “necessidade e vantagem de substituírem, quanto é possível, os remédios indígenas aos exóticos para enriquecer a matéria médica nacional” e relatou aos seus pares sobre os benefícios do uso de outra planta que o “vulgo” de sua região utilizava como vesicatório. Suas folhas eram maceradas com vinagre, formavam uma espécie de cataplasma que ao aplicar sobre a pele formava em poucas horas uma “vesícula igual a que produzem as cantáridas”²¹¹. Segundo o médico, este pequeno arbusto comum em Campos poderia ser um substituto as cantáridas européias, “que muitas vezes chegam aqui alteradas, ou se acham caras e escassas no comércio.” Meirelles identificou a planta como sendo a

211 A cantárida era um besouro utilizado como vesicatório. Ele era macerado e aplicado na pele. In: EDLER, Flavio. *Boticas e Pharmacias. Uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

vulgarmente conhecida como *Louco*, pertencente à família das Jasmíneas encontrada pelo médico no morro do Castelo.

A discussão sobre a substituição dos “remédios indígenas aos exóticos” não se limitou a plantas e minerais. As sanguessugas também foram objeto de discussão dos acadêmicos, alertados pelo Dr. Torres sobre a “abundância excessiva” daqueles anelídeos nos rios e que apesar disto eram “desprezadas para se comprarem a caro preço as importadas da Europa, pagando-se assim um tributo espantoso ao estrangeiro, pelo grande consumo que se faz destes vermes na terapêutica.” O médico garantia que elas competiam em qualidade com as importadas, além da vantagem de encontrar-se facilmente, o que as tornava economicamente atraentes:

As bichas nacionais, segundo ele pegam muito bem mergulhando os membros em água, ou fazendo pequenas cisuras na pele com a lanceta, ou molhando a parte com algumas gotas de sangue: elas são isentas dos inconvenientes que se lhe atribuem, e podem-se alcançar mui facilmente por preços mui baratos.²¹²

As sanguessugas vinham de Portugal, França, Itália e de Hamburgo. Além dos preços de importação, por se tratar de uma carga viva, perecível, este comércio devia amargar muitas perdas. Sigaud, em seu artigo *A moda dos remédios e os remédios da moda*²¹³, relatou um episódio onde uma carga de 30.000 destes vermes importados foi perdida, pois foram devorados pelos ratos em um armazém da alfândega. Por conta das dificuldades e o alto custo deste

212 RMF, vol.1, n.1, 1835, p.06.

213 SIGAUD, J.F.X. *Os remédios da moda e a moda dos remédios*. Diário de Saúde. n.4, 1835.

comércio era plenamente defensável o clamor pela busca nos lagos e pântanos dos arredores pelos pequenos sugadores de sangue. O Dr. De Simoni manifestou-se a favor da idéia de se aproveitar os vermes nacionais e reforçou os argumentos de seu colega, descrevendo o uso que fez em um tratamento:

O Dr. De Simoni confirmou em parte a asserção do Sr. Torres, referindo que havendo falta de bichas mandara em uma ocasião apanhar algumas na água estagnada no lugar desta corte denominado lagoa da sentinela, as **aplicara com sucesso em uma preta**, sem o que não tinham antes pegado.

Eles extraíram muito sangue nos lugares de incisão, porém nenhuma delas deixou cisura própria, nem sinal algum no lugar onde pegara, e o seu despegamento não foi seguido de corrimento algum de sangue (...).²¹⁴

A demonstração da segurança e eficácia do uso das “bichas nacionais” foi aferida no corpo de uma *preta*, possivelmente uma escrava paciente da Santa Casa de Misericórdia, onde o Dr. De Simoni atendia os pacientes. O que emerge deste pequeno relato do médico é a centralidade do teste com a sanguessuga e não uma análise do caso da paciente. Neste caso, a doença era o meio para se atingir o objetivo principal: testar e validar a sanguessuga nacional como uma boa ferramenta para a sangria de pacientes. A preta doente neste caso foi reduzida a um material de estudo clínico, menos importante que o desempenho da sanguessuga.

214 Ibid.

Freire Alemão e a casca da romeira

A descrição de tratamentos nas páginas dos periódicos tinha a clara função de demonstrar o sucesso de um “novo” tratamento ou dar cientificidade a uma prática de cura popular, porém, as observações eram utilizadas também para reafirmar sua utilidade. Este é o caso da observação feita pelo médico e naturalista Francisco Freire Alemão. Na sessão do dia 13 de maio de 1835, o médico leu para os seus pares da academia o relato de *expulsão de uma solitária por meio do cozimento da raiz de romeira*. Seu paciente era Damião aproximadamente 40 anos, cortador de açougue, escravo de Antônio José Duarte. Após alguns dias sentindo cólicas, começou a soltar vermes, quadro logo identificado pelo médico como sintoma da existência de uma tênia. Alemão, afirmava basear-se em memória escrita pelo médico luso Bernardino Antonio Gomes sobre o uso da romeira contra as tênias. Na descrição do caso, Freire alerta seus colegas que o método de cura não apresentava nenhum ineditismo, porém seria bom “coligir todos os fatos que atestem sua eficácia”. O estabelecimento de uma posologia e o testemunho da eficácia são pontos fundamentais para se transmutar uma erva de uso popular em um artefato científico.

Apesar de Freire amenizar a relevância de sua observação, é notável a modificação que fez nas doses recomendadas na *Memória sobre a virtude toenifuga da romeira*²¹⁵. Apesar da dose total do remédio ser a mesma (uma libra do cozimento por dia, durante dois dias) Bernardino recomenda dividir em doses

215 Gomes, Bernardino Antonio. *Memória sobre a virtude toenifuga da romeira*. Lisboa, Typ. Ac. Real das Sciencias.1822.

de uma a duas onças em diferentes horas do dia, minimizando assim os efeitos colaterais, tais como cólicas, vertigens e vômitos. Apesar disto, o naturalista resolveu dar ao escravo uma dose mais concentrada, dividindo-a em quatro porções para ser administrada em dois dias. Justificou a concentração das doses do remédio a partir do bom estado geral de saúde de seu paciente, que nada sofria do estômago. O próprio médico se questionara a respeito da dose mais forte ter sido responsável por dores sentidas pelo paciente e recomendou que essa mesma “*afoiteza*” (de aplicar doses maiores do remédio) não fosse cometida senão em caso idêntico. Após a observação de Freire alemão, o redator da revista publicou uma nota “extraída de um dos *Bulletins de Therapêutica* de 1834”, sobre os medicamentos empregados na Suíça como tenífugos, entre eles a romeira. Chama atenção no texto os diversos métodos e produtos empregados, sobretudo o uso da romeira. Possivelmente este é o elo entre as observações do naturalista e o artigo estrangeiro: a divergência entre a quantidade recomendada do cozimento da casca da romeira em Genova “como manda o formulário do Mr. Jordan” e em Paris. Anunciando possivelmente que estudar o estabelecimento da dosagem é uma questão relevante, apesar do consenso sobre a eficácia do remédio. Desta forma, a publicação do texto estrangeiro reforça a relevância da observação no escravo Damião e legitima a mudança na dosagem do remédio, que foi estabelecida segundo as condições físicas daquele paciente. Entretanto, a “*afoiteza*” do doutor seria transformada em prudência sem a observação de um detalhe: tanto em Paris quanto em Genova o remédio era ministrado em doses menores, mais vezes ao dia. Desta forma, a dosagem superior no escravo foi uma oportunidade de testar os limites do remédio, tentando estabelecer o equilíbrio entre o rápido sucesso do tratamento com os efeitos colaterais em um nível

tolerável pelo paciente. Um tipo de teste que o médico provavelmente não faria em um paciente de mais elevado nível social. Usar o corpo do escravo enfermo como campo de provas de medicamentos não era uma exclusividade dos médicos nacionais. No Sul dos Estados Unidos os médicos costumavam testar novos medicamentos ou ainda tratamentos mais agressivos, com doses mais fortes de medicamentos em escravos ²¹⁶.

A comunicação de Freire Alemão sobre a romãzeira tem como função confirmar a eficácia de um tratamento consolidado. E colecionar relatos de sucesso de um tratamento é importante para consolidar o método de cura. Além disto, a questão do estabelecimento da posologia é parte importante da comunicação. Tão importante é a questão da dose que deve ser administrada e a melhor forma de produzir o medicamento, que o editor resolveu complementar a comunicação com o extrato de um jornal estrangeiro. É possível identificar como questão implícita nesta discussão sobre a diferença das doses administradas em locais diferentes, a relação entre corpo, doença e lugar. Se o ambiente influencia o funcionamento do corpo e no desenvolvimento de certas doenças, certamente as posologias devem ser diferentes, dependendo do local clima, alimentação entre outras variáveis. A relação entre saber local e a ciência está presente no estudo sobre o uso da romeira como tenífugo. Bernardino escreveu a sua memória a partir dos relatos de médicos ingleses na Índia sobre o uso desta planta na expulsão da tênia.

Assim, as memórias médicas sobre as plantas parecem cumprir três objetivos. Primeiro, identificar as plantas que podem ter algum uso medicinal e

216 Savitt, Todd L. Medical experimentation and demonstration on blacks in the Old South. In: _____ Race and Medicine in Nineteenth – and Early – Twentieth – Century America. Ohio: Kent State University Press. 2007.

descrever suas funções para a medicina. Segundo, estabelecer os protocolos de uso destes produtos naturais e a melhor forma de trabalhar com eles seja em chá, extrato, óleo, pílulas, etc. O terceiro objetivo, e talvez mais importante, deve ser a divulgação do remédio. Propagar seu uso junto com as instruções para utilização é uma forma de circunscrever os limites entre o objeto popular de cura e o artefato científico. A partir da descrição do isolamento do princípio ativo, do estabelecimento de uma posologia e a divulgação de testes que comprovam a eficácia, ele passa a funcionar como um mecanismo de divulgação do saber médico. A publicação mostra a forma considerada correta de se usar aquela planta, estabelecendo que somente aqueles que possuem o conhecimento apropriado, o treino na profissão médica é que podem estabelecer o uso daquele produto natural com a garantia de sua eficácia. O homem de ciência neste sentido aproveita o “empirismo vulgar”, o saber local para transformá-lo em ciência a partir de sua interpretação da natureza. A divulgação de casos de tratamento de sucesso serve para o acúmulo do conhecimento médico, além disto, perante a sociedade ele também serve para construir sua legitimidade a partir da idéia de eficácia de seus métodos e artefatos.

Este saber local, porém, passa pelo crivo crítico do médico. Na memória sobre a romeira de Bernardino Gomes, o médico luso enfatizou que Mr. Buchanan, cirurgião inglês estabelecido em Bengala, “purgou a fórmula indiana dos elementos inúteis” e depois esta foi experimentada pelo Mr. Breton²¹⁷.

A sugestão do Dr. Meirelles de testar os produtos naturais nas enfermarias da Santa Casa em seu ensaio sobre a Joanésia foi bem aceita por seus pares.

217 Kury, Lorelai. *Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações(1780-1810)*. História, Ciências, Saúde . Manginhos, vol. 11 (suplemento 1):109-129, 2004.

Percebemos neste período a vontade de encontrar medicamentos extraídos dos produtos da natureza brasileira. Estes testes, entretanto, poderiam não alcançar o resultado desejado. Na enfermaria de clínica médica da faculdade de medicina, a cargo do Dr. Manoel Valadão Pimentel, foram feitos ensaios com substâncias indígenas, em especial o *Plumbago*²¹⁸ (também conhecido como picão da praia). Um destes testes foi realizado em Ludovico de Souza, de 18 anos, natural do Rio de Janeiro, barbeiro que trabalhava e residia na Santa Casa de Misericórdia²¹⁹. Ele foi tratado de uma febre intermitente com lesão do fígado, baço e estômago. O uso da substância não obteve sucesso, mas o jovem foi curado com o sulfato de quinina²²⁰. Esta comunicação nos mostra um aspecto relevante da experimentação de “novas drogas”. Apesar de usar produtos experimentados em práticas de cura popular, o sucesso do tratamento não era algo garantido. A dúvida sobre a capacidade de cura destes remédios era parte deste trabalho de tradução. Os médicos dificilmente testariam medicamentos cujo resultado era incerto em seus “pacientes respeitáveis”. Cabia àqueles com menor poder de decisão sobre seus corpos, correr os riscos no caso de um tratamento infrutífero²²¹.

Podemos perceber que a experimentação de técnicas e remédios para os cuidados de saúde nos corpos de seus pacientes pobres, sobretudo os escravos,

218 Sigaud em seu capítulo sobre febres intermitentes afirma que esta erva não deve ser confundida com o *Plumbago scandens* ou erva-do-diabo, tampouco com o *Plumbago rosea*. Trata-se de uma espécie nova da família das plumbagináceas, de raiz excessivamente amarga. Sigaud, 2009, p188.

219 A historiadora Tânia Salgado Pimenta aponta a presença de sangradores e curandeiros na Santa Casa exercendo suas práticas de cura, Ludovico possivelmente é um destes profissionais. Ver: PIMENTA, Tania Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 – 1855)*. Tese de doutorado. São Paulo: Unicamp. 2003, p.123-129.

220 Clínica Médica: Ensaio de algumas substâncias indígenas como sucedâneas do sulfato de quinina. RMF, vol 3. n.1 Abril de 1837.

221 SAVITT, Todd L. *Medicine and Slavery. The diseases and health care of blacks in antebellum Virginia*. Urbana, Univ. of Illinois Press, 1978.

era uma característica marcante do grupo de médicos que orbitavam entre a Sociedade de Medicina²²², a Faculdade de Medicina da Corte e a Santa Casa de Misericórdia. O processo de apreciação e análise de terapias populares e sua “transformação” em legítimo tratamento médico a partir de observações em pacientes pobres e escravos pode ser verificado em um texto de João Alves Moura, apresentado à sociedade de medicina do Rio de Janeiro. Seu artigo *“Sobre o uso de um óleo mui eficaz para favorecer e promover a erupção das pústulas variolosas, quer nos casos de erupção incompleta, ou viciada, quer nos de repercussão”* demonstrava a eficácia de um óleo utilizado pelas “classes pobres” no tratamento das bexigas. A memória publicada no periódico da academia propôs que os médicos verificassem as virtudes curativas do óleo a partir da observação criteriosa de quem detém os conhecimentos necessários para bem interpretar os resultados das observações no tratamento da varíola.

A memória descrevia o óleo de lagartixa, seus usos e uma exposição dos casos em que foi aplicado, com o objetivo de validar aquele produto como um remédio eficaz. Moura utilizou o produto em pacientes pretos, provavelmente livres e cativos que tinham sido acometidos da doença. Alguns destes escravos foram tratados por desejo dos seus senhores. O negociante José Joaquim Domingues da Cruz, morador na praia dos mineiros, “apresentou um preto de 14 anos de idade pouco mais pouco menos”. Foram entregues para o tratamento também alguns escravos com “bexigas na época da seca” que haviam chegado para o senhor F. Aguiar, negociante, residente na rua da Alfândega. Em outra ocasião aplicou o mesmo procedimento em Manoel, escravo de Manoel Bastos, que morava na rua da Misericórdia. No mesmo ano atendeu a um escravo de

222 Posteriormente, a Academia Imperial de Medicina

Ricardo Pires Ferreira, morador na Travessa da Candelária e por último, atendeu ao escravo de Manoel Afonso, proprietário de fábrica de cera na rua largo de São Joaquim.²²³ Estes escravos foram atendidos a pedido de seus senhores, todos negociantes da corte. A preocupação com a saúde destes escravos pode indicar o medo de propagação da doença entre os outros escravos, o que traria muitos prejuízos a estes comerciantes. De fato a varíola era conhecida pela sua letalidade, sobretudo entre os indígenas e os negros, que mesmo quando livres da morte ainda poderiam ficar cegos²²⁴, o que traria grandes prejuízos, principalmente aos donos dos escravos mais jovens, comprados a pouco tempo. O cirurgião usou o óleo no tratamento da irrupção das pústulas da varíola. Este era friccionado no corpo dos doentes, com o objetivo de estimular o aparecimento das bexigas, pois segundo o relato do cirurgião, era justamente a não irrupção destas pústulas o que agravava o estado do paciente, gerando febres e ocasionando a morte.

Outro tratamento, derivado do conhecimento popular foi narrado na *Revista Médica Fluminense* de 1835. O Dr. Manuel Valadão Pimentel, professor de Clínica interna da faculdade de medicina, preocupado com a “Phthysica pulmonar tuberculosa, uma das moléstias mais freqüentes e que fazem mais estrago neste país”, resolveu estudar os casos da doença com o intuito de descobrir meios de combatê-la e ampliar as chances de cura dos doentes²²⁵. Sua busca o levou a um

223 Moura, João Alvares. Observações Sobre o uso de um óleo mui eficaz para favorecer e promover a erupção das pústulas variolosas, quer nos casos de erupção incompleta, ou viciada, quer nos de repercussão. RMF n.1 vol.4 pg. 5.

224 Sigaud, Op.cit.1999, p.260

225 A tísica era um grande problema para a escravidão no Rio de Janeiro e também nos EUA. Autores nos dois países tentaram entender porque a tísica ceifava mais a vida dos negros do que dos brancos. Nos EUA, muitos médicos do século XIX consideraram que esta era uma propensão racial, enquanto no Brasil, tendeu-se para uma explicação relacionada às difíceis condições de vida dos escravos e por extensão dos pobres e miseráveis em geral. Ver: SHEPPARD, Dalila de

tratamento peculiar em duas escravas de um mesmo senhor, que foi relatado para os membros da academia na sessão de 21 de outubro de 1834. Em sua narrativa, o Dr. Valadão informou aos colegas como encontrou aquele tratamento graças a suas qualidades de “bom observador, que colhe fatos em toda parte aonde se apresentam”²²⁶. O médico apresentou um zelo especial ao narrar aqueles casos que ele julgava interessantes, pois a cura daqueles pacientes deu-se graças ao “tratamento regulado pelo empirismo vulgo”.

A primeira paciente tratada pelo médico foi uma escrava de ganho de 40 anos que vendia “fazendas em tabuleiro”. Depois de muito tempo de uma hemoptise ela ainda “conservava tosse seca, seguida depois de febre contínua com caráter “hético”, escarros purulentos, som obscuro do lado direito do tórax”. O médico iniciou o tratamento, aplicando um “antiflogístico geral e local” e o “revulsivo por meio de vesicatórios” e por fim, aconselhou um dos tratamentos mais indicados para a tísica, a mudança para o campo onde sob a influencia dos bons ares, teria possibilidades de cura. A recomendação foi seguida pelo dono, que além de retirá-la da cidade, submeteu a doente a um rigoroso e regular tratamento que restabeleceu a doente. O procedimento que chamou a atenção do médico foi descrito com precisão para os acadêmicos:

Este tratamento consistiu em frangos pequenos, socados vivos no geral com penas e tudo, derramando sobre os mesmos, um copo de calix de vinho branco, espremendo depois o suco e fazendo-o beber a doente uma

Souza. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870 – 1940. História, ciências, saúde – manguinhos, vol. VIII(1):172-192, mar-jun. 2001.
226 RMF n.8, 1935. p. 3-6.

vez ao dia, de manhã, e dia adiante, ovos frescos sorvidos com geléia de caramujo, carnes frescas.²²⁷

O médico narrou que se surpreendeu com a rápida recuperação da doente, que retornou livre da tísica. Para legitimar o tratamento, Valadão descreveu o exame criterioso que fez na paciente. Segundo descreveu, “na superior do peito achou uma depressão no lugar antigamente afetado, a qual indicava existir aí fortes aderências, e posto que se ouvisse ainda o som cavernoso estava, contudo o mesmo som assaz diferente, e sem gargarejo, e quase análogo ao de uma dilatação branquial.” Um ano após o ocorrido, a escrava teve uma recaída, apresentando os mesmos sintomas, e de acordo com os novos exames feitos pelo doutor, “os tubérculos já se tinham desenvolvido não no pulmão esquerdo, mas na parte inferior do direito, ocupando todo o pulmão, que ainda se achava livre da primeira época.” Desta vez o próprio médico sugeriu a aplicação do mesmo tratamento com a receita dos frangos macerados, obtendo “o mesmo feliz resultado”.

O segundo caso, análogo ao primeiro, era de outra preta que adoecera na mesma casa, manifestando os sintomas de “tísica muito aguda”. Não lhe foi feita sangria, foi tratada apenas com mucilaginosos e expectorantes. Após um mês recebeu o mesmo tratamento dos frangos triturados, sem retirar-se da cidade. A doente ficou restabelecida em poucos meses. Para angariar testemunhas sobre o sucesso do método, o doutor mostrou a paciente “a vários membros da sociedade”, que puderam verificar que “nada oferecia mais do que um som cavernoso na respiração, no ponto antigamente atacado pelos tubérculos”. Além

227 Ibid. p.04.

do orador, outros médicos prontamente apresentaram seus relatos com o intuito de legitimar o tratamento. O Dr. Silva Maia confirmou o que Valadão dissera, referindo-se ao caso de “um preto com todos os sinais racionais de tísica, não tendo, no entanto a percussão e a auscultação dado sinal algum.” Maia iniciou os cuidados ao enfermo administrando um “looch pectoral²²⁸” e pílulas tônicas de mirra. Percebendo que tal procedimento não lhe rendeu os resultados esperados, “passou a dar-lhe o sumo de frango pilado com vinagre em lugar de vinho, mingais de féculas e leite”. Assim o doente apresentou melhora e “todos os sinais racionais de tísica” desapareceram. O Dr. Paula Cândido também foi convencido das possibilidades do tratamento. Esta repercussão positiva entre os acadêmicos deve ter sido fruto da apresentação da segunda doente, feita pelo Dr. Valadão para divulgar o sucesso daquele tratamento. Na reunião da sociedade Paula Cândido “participou que tinha aplicado o tratamento” a três pacientes e aguardava o resultado.

Nesta narrativa, foi o dono das escravas que teve a iniciativa de utilizar um tratamento que lhe veio à memória, provavelmente passado por seus familiares ou pelo seu círculo social. Algo que emergiu de seu arcabouço cultural, modificado e adaptado às suas necessidades. A receita tem semelhanças à receita “*como se faz os frangos para os hécticos*”²²⁹, que se encontra em um manuscrito que ficou conhecido como o *Livro de cozinha da Infanta D. Maria de*

228 Looch: “termo árabe e adotado na farmácia para designar um medicamento líquido da consistência de xarope ou electuário.” In: Langaard Dicionario de medicina doméstica e popular. 1865.vol. 2 p. 702

229A receita: ‘Criem separados uma dúzia de frangos, cujo único alimento consista de titela de cágado, cozida ou cevada: esse alimento deverá ser sempre fresco.

Diariamente cozinhe-se um frango em pouca água, até desmanchar. Em seguida esprema-se a carne, que saia todo o suco; coem o caldo e levem-no novamente à panela com uma colher de açúcar rosado (mascavo). “Deixa-se ferver um pouco, coa-se novamente, e estará o caldo pronto.”

*Portugal*²³⁰. Segundo Giacinto Manupella²³¹, os manuscritos foram produzidos entre 1530 e 1560, mas as receitas possivelmente são mais antigas. A receita de frango dos Hécticos pode ter surgido através de um médico português da época, João Rodrigues, conhecido como Amato Lusitano. Ele escrevera o livro *Curationium Centuriae Septem* (Centúrias das Curas Medicinais) em 1556. A obra é composta por uma coletânea de “curas” onde o médico descreve uma série de doenças e o tratamento que lhe foi dado. Uma das centúrias descreve o tratamento aplicado a um “héctico” em extrema magreza. Para curá-lo, “foi-lhe dado a comer carne de frangos que foram engordados com caldo de trigo e carne de tartaruga, alimentando-os também com cereal e carne (Cura 54 - SegundaCentúria)”²³².

Com esta pequena genealogia da receita de caldo de frango para hécticos, podemos perceber o quanto idéias circulam entre grupos sociais distintos, têm seu status modificado e ganham novos significados nas falas dos doutores da academia. Assim, a receita de frango tem valorização científica por figurar no tratado de medicina do médico português Amato Lusitano e é agregada a um conjunto de receitas culinárias no mesmo período, possivelmente ganhando notoriedade entre nobres e ricos. Por séculos, possivelmente a receita ganhou novos elementos e nova forma, mas com o mesmo intuito de fortalecer doentes extremamente debilitados. Por séculos foi se infiltrando no tecido social e sendo reconhecida como um “objeto do empirismo vulgo” e finalmente, apesar das

230 Este é o título da edição portuguesa de 1967, este manuscrito está no códice português I.E. 33 da Biblioteca Nacional de Nápoles, Foi publicado no Brasil em 1963, sob o título: Um tratado da cozinha portuguesa do século XV.

231 MANUPELLA, Giacinto. *Livro de cozinha da Infanta D. Maria*; códice português I.E.33 da Biblioteca Nacional de Nápoles. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda. Prólogo, leitura, notas aos textos, glossário e índices de Giacinto Manupella, 1986.

232 MATOS, Albano Mendes de. *Os produtos de origem animal na terapêutica de Amato Lusitano*. Cadernos de Cultura.n.12, Novembro. 1998. p. 13-19.

receitas com frangos para doentes debilitados continuarem sendo recomendadas pelos esculápios, esta versão com a ave triturada viva é lançada na arena científica, onde importantes facultativos como o Dr. Manuel Valadão Pimentel, Joaquim da Silva Maia e Francisco de Paula Cândido discutiram e averiguaram sua eficácia através da experimentação e observação do tratamento, sobretudo em escravos.

A busca de remédios da terra e a adoção pelos médicos de tratamentos utilizados pelo saber local constituíam um processo cujo teste em pacientes era um fator fundamental. Para validar o uso medicinal de ervas e outros produtos naturais eles precisavam ter sua eficácia comprovada. Além disso, era necessário estabelecer a dosagem correta e a melhor forma de se extrair, armazenar e consumir o remédio. Para que todo este processo pudesse existir, estes produtos deveriam ser testados. Somente com a administração do remédio nos pacientes é que os médicos poderiam ou não atestar suas virtudes curativas. Para experimentar procedimentos e substâncias ainda incertos da possibilidade de cura sem colocar em risco sua reputação profissional, os médicos submetiam a estes tratamentos os pacientes pobres e os escravos que eram encontrados principalmente nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Além das experimentações com remédios, o corpo do escravo foi também campo de verificação do desenvolvimento de moléstias. A disponibilidade dos doentes na enfermaria da Santa Casa propiciava aos médicos a oportunidade de estabelecer que doenças atingiam a população. Um bom exemplo para entendermos como a relação entre médicos e pacientes da Santa Casa propiciou a construção de um conhecimento médico original foram os estudos realizados pelo professor da

Faculdade de Medicina Cruz Jobim, que resultaram em um dos mais importantes escritos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX.

A observação dos pacientes e a síntese médica.

“Entre as moléstias de que é afetada a classe miserável do Rio de Janeiro, os escravos sobretudo, ocupam um dos primeiros lugares a tísica pulmonar tuberculosa e certa moléstia conhecida como opilação”. Assim o Dr. Jobim inicia uma de suas comunicações à Academia Imperial de Medicina. *Observações sobre a tísica pulmonar e a enfermidade vulgarmente conhecida como opilação* foi lido no dia 1 de Outubro de 1831 em sessão da Sociedade de Medicina e publicado apenas duas semanas após, no Semanário de Saúde Pública lançado no dia 15 do mesmo mês e ano. A celeridade com que a descrição de seu discurso tornou-se um artigo do periódico ligado àquela agremiação de médicos é um indício para considerarmos a relevância daquele texto para seus pares.

Este texto trazia elementos pouco explorados entre os escritos dos médicos brasileiros. Jobim estudou os pacientes da Santa Casa de Misericórdia e, a partir de suas observações médicas, estabeleceu características próprias daquelas doenças no Brasil. De acordo com suas investigações, tanto a tísica quanto a opilação se apresentavam de maneira diferente das observadas na Europa, de forma que mereciam um estudo detalhado de suas características, causas e prejuízos aos doentes. Com base nestas diferenças, procurou demonstrar a singularidade da opilação que observou no Rio de Janeiro e propôs a constituição de uma nova entidade patológica. Este seu primeiro estudo promoveu uma grande discussão entre seus pares sobre as enfermidades que seriam mais

comuns entre os *miseráveis*, entre estes os escravos, e ainda sobre a etiologia da opilação. O debate entre os médicos foi registrado na ata da reunião e publicado no periódico²³³. Possivelmente o interesse despertado pelo tema e a repercussão que teve a nova doença descrita em seu estudo o fez continuar e quatro anos mais tarde apresentar um segundo discurso que se tornou um dos mais importantes textos médicos da primeira metade do século XIX.

As semelhanças entre esta observação médica e o seu célebre *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro* nos permitem analisá-los em conjunto, como textos complementares. Tanto por sua temática nosológica em comum, quanto pelo conjunto de pacientes examinados. A “classe miserável” do primeiro texto e a “classe pobre” do segundo são a representação daquilo que ele observava cotidianamente no Hospital da Misericórdia: o microcosmo de suas classes pobres com todas as suas doenças e mazelas.

O interesse do médico pelo estudo de enfermidades ligadas aos pobres não deve ser diretamente relacionado a algum posicionamento político, seja uma preocupação especial com a melhoria das condições de vida e de saúde das classes subalternas ou ainda algum plano de controle social através da higiene pública. De fato, sua posição como médico do hospital da Santa Casa e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro fazia com que tivesse a sua disposição uma série de enfermidades e doentes prontos para serem estudados. Não era a condição social dos doentes que direcionava suas pesquisas e sim a disponibilidade destes nos leitos das enfermarias. O estudo de Jobim está ligado diretamente ao seu acesso ao hospital, proporcionado pelo seu trabalho cotidiano:

233 SSP 54 Jan. 1831. p.255.

Proponho-me a tratar das moléstias mais freqüentes na classe pobre do Rio de Janeiro, expondo as modificações essenciais com que elas se apresentam no nosso clima, e tais quais as tenho observado no Hospital da Misericórdia²³⁴.

O discurso é antes de tudo um relato circunstanciado de sua experiência no Hospital da Misericórdia, onde passou seis anos observando os doentes cotidianamente. Para Jobim, o hospital representava a síntese nosológica da cidade. Pudera, pois ele era o único grande hospital da cidade aberto ao atendimento caritativo. Entretanto, havia outros meios de se conseguir cuidados médicos para aqueles que não tinham recursos. A sociedade de medicina criara uma comissão de consultas gratuitas para atender a população, principalmente os escravos que posteriormente receberam o mesmo serviço oferecido pelos homeopatas. Além destes esforços coletivos, era possível contar com o espírito filantrópico individual de alguns médicos. Porém, era de conhecimento público a disponibilidade de leitos da Santa Casa para a “classe pobre”. Desta forma, o hospital fervilhante de pacientes apresentando as mais diversas doenças ou vítimas de variados acidentes representava para aquele professor da Faculdade de Medicina, o microcosmo do quadro de saúde daquele grupo social.

Foi a partir de sua vivência cuidando dos doentes nas enfermarias daquele “pio estabelecimento” que o médico observou as moléstias para descrevê-las e sugerir modos de cura e até mesmo prevenção. Segundo Jobim, ficavam internados no hospital acima de 400 enfermos ordinariamente. Portanto ele tinha constantemente à sua disposição um grande número de pacientes que ofereciam pouca resistência à investigação médica. Sabemos por outras fontes qual era o

234 RMB n.6 1841. p. 294.

perfil social dos atendidos por aquele hospital, entretanto é importante verificar que tipo de doente era objeto de interesse do médico:

Nossas observações versam particularmente sobre homens adultos, quase todos trabalhadores, brancos ou de cor, nacionais ou estrangeiros, de ofícios diferentes, **como escravos de diversas condições**, marinheiros, sapateiros, pedreiros, carpinteiros, feitores, correeiros, ferreiros, cozinheiros, caixeiros, etc. **São estes os homens que pelo seu gênero de vida, pela natureza dos alimentos de que fazem uso**, pelo seu deboche e miséria são mais expostos às influências morbíficas e climatéricas.²³⁵

A pobreza para Jobim estava intimamente ligada ao trabalho pesado e em particular à escravidão. Além disso, o tipo de atividade exercida pelo enfermo poderia ser um dos fatores que ocasionavam suas doenças. Seu interesse particular pelas atividades exercidas e pela alimentação destas classes estava diretamente relacionada as suas concepções teóricas sobre saúde e doença. Jobim era adepto das idéias do médico François Broussais, procurando as doenças principalmente nas lesões orgânicas. Estas seriam ocasionadas a partir de um desequilíbrio entre o corpo e o ambiente, a partir de uma explicação neo-hipocrática. Neste contexto, devemos entender o ambiente como uma série de fatores externos que teriam influência sobre o equilíbrio do corpo. Em ambos os estudos de Jobim, a tríade hipocrática hábitos, alimentação e clima foram

235 RMB n.6 1841. p. 296.

fundamentais para fornecer as explicações causais das doenças e, a partir de sua identificação, definir as estratégias para combatê-las.²³⁶

Apesar das causas das doenças estarem atreladas ao clima, costumes e condições de vida, para Jobim os próprios doentes eram responsáveis por aquele quadro. Em suas investigações identificou uma grande disparidade entre o número de atendimentos de doenças crônicas e de doenças agudas. O motivo que concorreu para que o hospital recebesse a proporção de cem doentes crônicos para oito ou dez acometidos por moléstias agudas seria “o desleixamento entre a classe pobre de se tratar desde o princípio das suas moléstias; ordinariamente, ela só procura aquele asilo quando o mal tem progredido muito e é quase sem recursos”. E, como resistiam à procura dos profissionais de saúde, utilizavam por conta própria “medicamentos intempestivos e incendiários” ou ainda faziam uso de “bebidas alcoólicas que os vão insensivelmente estragando”²³⁷. Entretanto, não é muito difícil entender os motivos da resistência dos doentes ao hospital. Ao grande número de mortes dos enfermos internados somava-se à má impressão que o ambiente hospitalar devia de deixar naquele período²³⁸, considerado insalubre pelo próprio Provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira em seu relatório²³⁹. Além da contínua visão

236 Sobre as concepções teóricas de Jobim e a influência de Broussais ver: Lorelai Kury, o império do miasmas; L.O. Ferreira. O nascimento de uma instituição científica. Sobre o neohipocratismo ver: KURY, Lorelai. *O Império dos Miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de Mestrado, UFF, Niterói, 1990. e JORDANOVA, Ludmila, “Earth Sciences and environmental Medicine : the synthesis of the late Enlightenment”, em L. Jordanova e Roy Porter (orgs.), *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*, Chalfont St. Giles, B.S.H.S., 1979.

237 RMB n.6 1841. p.297.

238 Eram recorrentes as reclamações dos médicos sobre a resistência da população à procura pelo hospital. Torres Homem declarou que “só no último recurso que os doentes, de ordinário dominados pelo horror que erroneamente lhes inspira o Hospital, se determinam recolher-se a essa Pia Casa tarde e a más horas”.

239 Extratos do relatório do provedor da santa casa de misericórdia com algumas notas. Revista Médica Fluminense. vol.5, n.6, setembro, 1839.

dos mortos, o cheiro dos excrementos que permanentemente empestava o ar das enfermarias sob os gemidos dos doentes e gritos dos “loucos” trancafiados em salas. Eram freqüentes os surtos epidêmicos de bexigas e sarnas além de outras doenças, evocando a idéia de que o paciente poderia deixar aquele lugar mais doente do que quando entrou. Este cenário lúgrube devia incutir a sensação de que após entrar no hospital eram poucas as chances de sair curado. Desta forma, os doentes lançavam mão de todos os recursos a sua disposição antes de ir para o hospital, desde a consulta com um mezinheiro, o uso de chás ervas ou mesmo o uso de purgantes ou energéticos. O recurso da automedicação não era exclusividade da classe pobre. Era comum e muitas vezes estimulado por médicos, farmacêuticos ou boticários²⁴⁰. O próprio Sigaud, em seu artigo *Os remédios da moda e a moda dos remédios*, relatava o uso abusivo de medicamentos sem consultar um prático. A única diferença era a divisão social das preferências pelos medicamentos:

A classe inferior da sociedade gosta e gostará dos purgantes, e entre estes os drásticos serão os mais queridos. Os proletários e os escravos adorarão sempre os tônicos, e o álcool será o emblema de sua predileção. Para a classe remediada ficam os minorativos, e os antiflogísticos para os ricos²⁴¹.

O medo do hospital, a disponibilidade de outros sistemas de cura e a facilidade de acesso a todo o tipo de remédio seriam os principais motivos para que doentes adiassem ao máximo a procura pelos cuidados médicos no Hospital

240 FERREIRA, L.O. *Op.Cit.*1996. p.160-164.

241 Diário de Saúde, n.4, 1835.

da Misericórdia. Ainda assim, Jobim testemunhou o tratamento de centenas de doentes acometidos por um grande número de enfermidades. Apesar de não produzir uma estatística médica sistematizada, identificou a partir de seu olhar empírico as moléstias mais freqüentes dentre inúmeras outras: “tubérculos pulmonares, febres intermitentes com a sua corte numerosa de efeitos consecutivos; e uma moléstia que me parece nossa particular propriedade conhecida geralmente pelo nome de opilação.”²⁴²

A percepção de Jobim de que a tuberculose e a opilação eram as doenças que mais afligiam os pobres, sobretudo os “pretos” e escravos, não era consenso entre os médicos. Durante a leitura de suas primeiras observações sobre a tísica, o cirurgião Jacinto Rodrigues Pereira Reis discordou de seu colega e apontou as afecções gástricas como a “moléstia mais freqüente dos pretos e da classe pobre deste país”. Jobim reconheceu a relevância do comentário de seu colega, pois em seu discurso posterior escrevera:

As irritações crônicas gastro intestinais são muito freqüentes nos pretos e nos indivíduos que abusam das bebidas alcoólicas, também o são nos velhos, determinando diarréias ordinariamente mortais.²⁴³

Se no Rio de Janeiro havia divergências sobre qual doença era o flagelo dos escravos e pobres, O célebre Dr. José Lino Coutinho (1874-1836) afirmava que na Bahia, de acordo com suas observações, “os pretos eram pouco sujeitos à tísica”, as enfermidades mais freqüentes naquela província seriam “as do tecido dérmico, e as do aparelho digestivo”. Afirmção confirmada pelo cirurgião Cláudio

242 RMB, n.6 outubro, 1841. p.297

243RMB, n.6 outubro, 1841. p.301

Luiz da Costa (1798 – 1869)²⁴⁴, que declarou ter “tratado de muitos pretos no recôncavo da Bahia”.

A percepção inicial do médico sobre as principais doenças que atingiam aqueles que viviam na pobreza sofreu alterações a partir do diálogo com outros médicos e também com o acúmulo da prática profissional. Em seu segundo texto, Jobim incorporou a seus estudos outras doenças, entre estas, algumas eram especialmente ligadas aos escravos ou a escravidão. Muitas das doenças citadas como peculiares aos pobres, acometiam frequentemente os negros, fossem eles cativos ou libertos, como a sífilis, a boubá e as bexigas, entretanto, algumas doenças foram identificadas por Jobim como específicas dos “pretos” e escravos. As afecções gástricas consideradas pelo cirurgião Jacinto Reis como uma das principais causas de mortalidade entre cativos e libertos, como vimos acima, foram associadas aos abusos das bebidas alcoólicas. As verminoses também foram consideradas como uma das moléstias característica dos “pretos”, sendo raro durante as autópsias não encontrar pelo menos “uma ou duas ascáridas no estômago”²⁴⁵. Entretanto, o tétano era considerado pelo médico como uma doença característica dos negros e dos escravos, de tal forma que o médico não descartava a hipótese desta ser uma moléstia ligada a sua constituição biológica:

O tétano é muito presente nos escravos africanos, e muito raro nos brancos; a maior freqüência nos primeiros, dotados de uma constituição menos nervosa, **será devida à**

244 Claudio Luiz da Costa formou-se pela Academia médico-cirúrgica do Rio de Janeiro em 1817. Estabeleceu-se na província da Bahia onde foi cirurgião mor de batalhão durante as guerras de independência. Em 1826 foi transferido para a divisão imperial de polícia da Corte. Ingressou na Academia Imperial de Medicina em 25 de Agosto de 1830. Ver SACRAMENTO BLAKE, 1970. vol.2. p. 115.

245 Sobre a presença de vermes durante as autópsias, trataremos do tema mais adiante neste capítulo.

maior disposição destes indivíduos à moléstia ou a serem eles mais expostos as suas causas?²⁴⁶

Se para Jobim os africanos poderiam ter uma propensão natural a esta doença, por outro lado, teriam uma resistência natural contra as febres intermitentes. A chave para entender estas especificidades dos africanos, poderiam estar ligadas muito mais à aclimação do que a teorias sobre diferenças raciais.

É notável que as nossas intermitentes **sejam menos mortíferas nos pretos africanos, do que nos nascidos no Brasil e nos brancos**, o que pode ser devido ao hábito naqueles de sofrerem melhor as intempéries da atmosfera, ou a circunstancia de se acharem eles acostumados por geração às impressões miasmáticas, que as produzem²⁴⁷

Sua explicação ambiental foi reforçada pela citação ao médico luso-brasileiro e físico mor de Angola, José Pinto de Azeredo, que estudou as febres na costa da África, similares às intermitentes pelos efeitos produzidos nos marinheiros portugueses vindos daquela região e que aqui sucumbiram às febres.

A classificação do alvo das moléstias é um valioso indício da importância dos escravos no processo de investigação de Jobim. Ao perceber que uma série de doenças são mais ou menos mortíferas em “pretos”, “escravos” ou “africanos”, o médico os elege como parâmetro de verificação nosológica. Mesmo uma doença como as febres intermitentes, em que as principais vítimas seriam “os nascidos no Brasil e os brancos”, os “pretos africanos” não deixam de ser um parâmetro, desta

246 RMB, n.6 outubro, 1841. p. 303.

247 RMB, n.7 novembro, 1841. p. 345-346.

vez de imunidade. Os escritos de Jobim demonstram o quanto era importante para ele estar atento aos “pretos” e escravos. Este interesse provavelmente está ligado à profusão destes pacientes sob seus cuidados nas enfermarias da Santa Casa e pela disponibilidade de estudar seus corpos. A partir dos estudos nos corpos destes pacientes e da discussão com seus pares sobre a doença e suas causas, é possível verificar como o corpo escravo foi importante para a construção de suas teorias acerca da *hipoemia tropical*. Desde suas teorias iniciais sobre a opilação até a formulação da *hipoemia intertropical*, Jobim mobilizou a comunidade de médicos na qual circulava, o hospital onde fez as observações e sobretudo seus pacientes, que eram em sua maioria escravos, africanos e seus descendentes.

As metamorfoses da Opilação.

Por meio de uma análise comparativa, é possível perceber a continuidade narrativa entre os dois textos analisados a partir dos pacientes, objetos de seus estudos. Entretanto, apesar de ambos versarem sobre as doenças mais comuns nos leitos da Santa Casa e, por extensão, representarem para Jobim as enfermidades relacionadas à pobreza, o ponto principal dos dois artigos era a redefinição etiológica da opilação. Em seu primeiro texto construiu uma definição de doença que recebeu críticas de outros acadêmicos. Cinco anos depois reavaliou suas observações e construiu a caracterização nosológica da *hipoemia intertropical*.

Em suas primeiras observações sobre as doenças na Santa Casa de Misericórdia o médico demonstrou especial atenção para a moléstia. A disponibilidade dos corpos para o exame anatomopatológico naquele hospital lhe propiciou um manancial de evidências que mobilizou em favor da construção de sua teoria:

A opilação, **segundo tenho visto por muitas autópsias**, é uma lesão de todo o canal intestinal, com alteração notável do sangue, e conseqüentemente de todos os órgãos.

Os negros, os roceiros, os estrangeiros que vivem na miséria são os mais sujeitos a ela (...)²⁴⁸

A conexão feita pelo médico entre a doença e a lesão no intestino é fruto de sua afiliação às teorias de seu mestre Broussais. Se a moléstia tinha um lugar específico dentro do corpo, ela também demonstrava especificidade na escolha de suas vítimas: negros, roceiros e estrangeiros miseráveis. Entretanto, entre estes miseráveis, os escravos sofriam de forma singular, sobretudo os que trabalhavam em plantações. Ao apontar as causas da doença, Jobim utilizou como prova de seu argumento a alta mortalidade de escravos:

A umidade e os alimentos nos parece serem a causa principal desta moléstia, ela é tão comum nas fazendas úmidas que ficam abaixo da serra, que de cem escravos perecem dela ordinariamente quatro a oito por ano. Este fato deplorável era pouco atendido no tempo em que com facilidade se podia suprir os que morriam, com outros novos, mas hoje os senhores se assustam de ver que em pouco tempo poderão ficar sem escravo algum, e procuram com

248 SSP, n. 42, 1831 p. 208.

mais desvelo remédio para esta assim como para outras moléstias, que tornam a mortalidade horrível entre a nossa escravatura.

Para Jobim a *opilação* ou *anemia intestinal*, era um flagelo para os escravos e tornou-se preocupação também de seus proprietários, assombrados com as incertezas geradas com a recente ilegalidade do tráfico de africanos, que consideravam fundamental para a reposição de mão de obra em seus plantéis. Esta intranqüilidade provavelmente motivou muitos senhores a procurar médicos para cuidar de seus cativos enfermos e ainda a procurar o hospital da Santa Casa com a esperança de não perder seu investimento. A apreensão sobre o futuro da mão de obra pode ser considerado um dos fatores que aumentou a visibilidade desta enfermidade para os médicos, tendo em vista o aumento da procura de meios de combate à doença pelos fazendeiros que possuíam escravos.

Podemos perceber a continuidade entre os estudos sobre a opilação nos dois artigos publicados por Jobim e a influência que a discussão acerca do seu primeiro discurso teve sobre a escrita do segundo texto. A discussão entre os acadêmicos foi tão importante que possivelmente foi a partir dela que Jobim rebatizou a já renomeada anemia intestinal para *hipoemia intertropical*. Não era uma simples questão de nomenclatura. A mudança de denominação da doença trazia consigo um novo conceito e um deslocamento teórico. Da percepção da doença influenciada pelo brousseísmo para um determinismo ambiental de matriz neo-hipocrática. Para comprovar suas teorias foi necessário utilizar os corpos dos enfermos da Santa Casa como evidência empírica.

Analisemos as metamorfoses da conceituação desta enfermidade nos escritos de Jobim e a discussão dos acadêmicos em torno da natureza daquela

doença. Em seu estudo inicial sobre a opilação concluiu que o termo *opilação* induzia ao erro, pois não se tratava de uma obstrução de vasos, equívoco atribuído ao “humoralismo antigo”, que “só viam alterações dos líquidos em todas as moléstias e atribuíam a eles todas as desordens”. Tratava-se sim, segundo ele, de uma anemia ligada diretamente às funções intestinais por esta proceder da alimentação e promover alteração nos intestinos. Desta forma a denominou *anemia intestinal*²⁴⁹.

A nova caracterização de Jobim para a opilação provocou discordâncias entre seus colegas. Durante o debate esta nomenclatura foi considerada inapropriada por Jacinto Rodrigues Pereira Reis, cujo argumento era que a falta e alteração de sangue, conseqüente desta doença, não estava limitada aos intestinos: ela se manifestava em todas as membranas, mucosas do corpo e, para demonstrar aos presentes que conhecia bem a doença, declarou ter curado um escravo com o uso do éter sulfúrico²⁵⁰. Lino Coutinho apresentou como adendo ao conjunto de sintomas da doença a pulsação forte e visível das carótidas. Além disso, afirmou que na Bahia esta enfermidade era freqüente entre os escravos. Lá era chamada de *cansaço* e o vulgo costumava tratá-lo com o sumo da gameleira²⁵¹.

O debate gerado pela leitura das *Observações sobre a tísica pulmonar e a enfermidade vulgarmente chamada opilação* provavelmente foram um estímulo para que o médico continuasse com seus estudos na Santa Casa. Pontos importantes que foram apresentados pelos facultativos presentes na discussão

249 SSP, 42 1831, p.209

250 SSP, 54 1832, p.256.

251 Ibid.

foram incorporados no *Discurso sobre as moléstias que mais afligem as classes pobres*.

As informações oferecidas por Lino Coutinho sobre a freqüência daquela enfermidade na Bahia e o uso do leite da gameleira foram incorporadas em seu novo estudo. Outro testemunho do sócio correspondente e ex-Presidente Honorário da Academia foi mobilizado para confirmar as teorias de Jobim a respeito das influências ambientais sobre o desenvolvimento da doença. O médico relatou que viu na Bahia muitos soldados que contraíam a doença voluntariamente dormindo no chão com o intuito de “se esquivarem do serviço militar”. Segundo o relato, os praças ficavam doentes “quase de um dia para o outro”²⁵². Os relatos reforçaram a idéia da umidade como principal causa da doença, que também estava associada a uma alimentação inadequada. Afirmava que os opilados alimentavam-se quase exclusivamente de substâncias feculáceas, como feijões, farinha de mandioca e milho. Estes alimentos relacionados com outros garantiria uma boa dieta, porém quando eram utilizados como fonte regular e exclusiva de sustento poderia exigir demais do corpo e debilitar os intestinos.

A mobilização do testemunho empírico de outros médicos de regiões diferentes do império promovia força aos argumentos de Jobim. Entretanto, foram os comentários de Jacinto Reis que implicaram em uma significativa alteração das definições da doença nesta segunda abordagem:

Quando em 1831 tive a honra de vos submeter
algumas observações sobre esta interessante moléstia, dei-

252 RMB, n.6, 1841. p.352

lhe o nome de *anemia intestinal*; e ainda que essa denominação fosse repetida e aceita na Europa, acho hoje que lhe não convém, por induzir a erro, tanto como as palavras opilação ou obstrução que nada significam senão a idéia falsa que faziam os antigos humoristas das nossas moléstias. Se anemia exprime falta de sangue, creio que a quantidade desse líquido não se acha consideravelmente diminuída, mas somente alteradas as suas qualidades, e pelo que já dissemos, as desordens do canal intestinal não se podem considerar como o ponto de partida em todos os casos²⁵³.

Jobim reconsiderou a nomenclatura em seu novo texto onde concordava que a moléstia não estava diretamente ligada aos intestinos. A alimentação, antes considerada como fator essencial para o desenvolvimento da doença, tornava-se um elemento complementar da causa principal que é o clima da região. Ele argumenta que na Europa em ciclos de fome e miséria esta doença não era identificada, sugerindo que aquela enfermidade seria desconhecida no velho continente. Defendendo assim como mais adequada a nova denominação de *hypoemia intertropical*, cuja definição era: **“inferioridade ou pobreza de sangue própria dos países que ficam entre os trópicos”**. Desta forma, a definição da doença passou de uma doença ligada essencialmente às condições intrínsecas da pobreza - como a alimentação precária e vestimentas e habitações inadequadas -, para uma doença provocada pela ação deletéria do clima quente e úmido, responsável pela inferioridade do sangue de seus habitantes.

Para comprovar sua teoria sobre o empobrecimento do sangue causado pela doença, Jobim realizou uma análise comparativa entre o sangue extraído de um

253 RMB, n. 7 1841. p. 350.

européu “afetado de paralisia crônica e incompleta nos membros superiores e inferiores de constituição robusta” e de um Africano “bem manifestadamente hypoêmico, e no estado mais simples da moléstia”. Para garantir a igualdade de condições ambientais, certificou-se de que ambos “viviam a muitos anos nesta cidade, a cujo clima achavam-se afeitos.” Com estes exames Jobim demonstrou a “grande pobreza de fibrina” no sangue do escravo acometido pela moléstia, o que de acordo com o médico comprovava a pobreza do sangue dos hypoêmicos²⁵⁴.

O teste no sangue do Africano internado na Santa Casa era a comprovação para Jobim da composição alterada do sangue dos habitantes dos trópicos. Os hábitos alimentares, a moradia, os costumes tornavam-se aspectos secundários, que contribuiriam para a manifestação da doença. Estes fatores poderiam ser removidos ou combatidos, no entanto o clima era soberano, imutável. Isto tornava aquela doença uma “prova da inferioridade biológica dos brasileiros frente aos povos dos climas frios.”²⁵⁵

É uma interessante digressão verificar o quanto temos o olhar treinado para enxergar aquilo que podemos (ou queremos) ver. Com o estudo da parasitologia, pesquisadores identificaram o *Anchylostomum duodenale* como agente responsável pela “opilação”, entretanto o arcabouço cultural e científico de Jobim tornava mais plausível a idéia de que aquela era uma doença provocada pela conjugação entre o clima quente e úmido com hábitos alimentares, vestimentas e habitações inadequadas. Apesar de considerar as verminoses como patologias freqüentes entre os escravos e pobres, estas teriam outras conseqüências na

254 RMB n.7 1841. p. 357-358.

255 FERREIRA, L.O. *Op.Cit.*. 1996. p.149

economia do organismo. De fato, para o autor a presença de vermes no corpo dos negros era uma condição quase que naturalizada:

Os vermes, e particularmente o toenia, e as ascáridas lambricoidas (sic), abundam muito, sobretudo em certas épocas, nas crianças e nos pretos. Destes, raríssimo é o que sucumbe, a moléstias mesmo muito diferentes, que não tenha, a maneira dos cães, ao menos uma ou duas ascaridas no estômago²⁵⁶

A presença de vermes era identificada pelo médico entre os pacientes “opilados” ou hipoêmicos, porém, este fato era considerado como um dos sintomas da doença. Recomendava a gameleira “para combater a inércia intestinal, expelir mucosidades e os vermes” apenas nos casos em que o doente não estivesse debilitado, caso contrário os vômitos e diarréia poderiam ser perigosos e levar o paciente à morte²⁵⁷.

A partir da observação de escravos e de libertos ou livres pobres internados da Santa Casa, Jobim estabeleceu uma identidade nosológica aceita pela comunidade científica e que perdurou por décadas. Mesmo com a emergência da parasitologia, médicos defenderam as teses de Jobim sobre a causa da doença contra a teoria que indicava o nematóide²⁵⁸ como o responsável por aquele quadro clínico²⁵⁹.

Podemos verificar que os estudos de Jobim sobre as doenças que acometiam pobres e escravos do Rio de Janeiro, foram construídos no âmbito da interseção de instituições médicas da corte. O método de investigação adotado

256 RMB, n.6 1841. p.303

257 RMB, n.7, 1841. p.359.

258 *Anchylostomum duodenale*

259 EDLER, Flavio. *Opilação, hipoemia ou ancilostomíase? A sociologia de uma descoberta científica*. *Varia Historia*, n.32. 2004.p.48-74

assim como suas reflexões e conclusões eram muito semelhantes ao discurso sobre as moléstias. É possível afirmar após a leitura do primeiro texto e da discussão que este gerou na academia durante a sua leitura que ele é um esboço ou apresentação do início dos estudos que culminaram em seu discurso clássico.

Cruz Jobim elaborou seu primeiro ensaio sobre a tísica e a opilação baseado em sua vivência profissional no Hospital da Misericórdia. Submeteu seus relatos e conclusões sobre o tema à apreciação de seus pares que discutiram a matéria. Durante o debate suas idéias receberam tanto manifestações de apoio dos ouvintes como ressalvas de alguns doutores que apresentaram divergências de opiniões. Jobim defendeu seus pontos de vista e incorporou ao texto do segundo discurso muitos elementos que surgiram a partir das discussões do primeiro estudo, construindo assim um dos mais importantes estudos sobre a geografia médica da primeira metade do século XIX. O corpo escravo está presente em todo o processo de construção do texto. A observação empírica nos escravos enfermos internados naquele hospital, a autópsia naqueles que sucumbiam à doença, o estudo dos costumes e cotidiano destes e ainda a disponibilidade de seus corpos para testes, como o que foi realizado com o sangue do africano opilado, foram ações fundamentais para o processo de elaboração de suas teorias. O corpo escravo era assim indissociável do processo de construção do saber médico.

A presença do escravo nos relatórios, comunicações médicas e artigos publicados nos periódicos médicos nos mostram o interesse médico pelos cuidados de saúde dos cativos. Desta forma, ao contrário do que afirma parte da historiografia sobre o tema, era impossível para os médicos ignorarem a presença dos cativos e suas doenças. A profusão de corpos de pretos escravizados ou

livres disponíveis em busca de cuidados de saúde permitiu em muitos casos o desenvolvimento de saberes médicos. Mesmo que não citados explicitamente, estavam na base da literatura médica imperial. Figuram constantemente nas linhas e entrelinhas dos textos científicos, doentes, dissecados e em alguns casos curados de suas moléstias.

E da mesma forma como os cativos eram imprescindíveis como campo de teste para medicamentos e para a construção de saberes, eles também eram necessários no treinamento médico-cirúrgico.

IV - O corpo escravo e o treinamento e aprendizado médico

O treinamento nas enfermarias da Santa Casa

O ensino médico-cirúrgico estava intimamente ligado ao cotidiano do hospital da Santa Casa. Era neste hospital que os alunos acompanhavam seus mestres, aprendiam sua profissão e jovens médicos podiam aprimorar suas técnicas. José Pereira Rego frequentou o curso de Clínica Médica ministrado pelo Dr. Manoel Valadão Pimentel naquele hospital. E foi um dos médicos que passou por todo o processo de treinamento. Durante o período de aprendizado nas aulas de seu mentor, o então jovem aspirante a médico teve oportunidade de tratar doentes que estavam sob a responsabilidade do Lente da faculdade de Medicina. Em 21 de Abril de 1837, iniciou um tratamento descrito com minúcia na Revista Médica Fluminense²⁶⁰. O objeto desta observação foi um “preto africano” de cerca 50 anos, cozinheiro, que gozava de boa saúde até adoecer dez meses antes. O então estudante de medicina procedeu ao relato da anamnese e de um minucioso exame do corpo do paciente. Notou “dor na região pericordial (...) pulsações do

260 Pereira Rego, Pericarditis chronica, hypertrophia do ventrículo esquerdo com estado cartilaginoso de huma das válvulas ventrículo aorticas. Observação colhida na Clínica do Sr. Dr. Valladão no Hospital da Misericórdia. RMF vol. 6, n.7. outubro de 1840.

coração obscuras e mais do lado esquerdo, onde da mama para baixo ouvia-se a bulha de raspadura (...) havia tosse e esta mui freqüente de noite.” Além disso, verificou sinais de abatimento, pulso fraco e frequente e um aumento “notável de volume no fígado, tensão e dor surda no hipocondrio direito e epigástrio”. A partir da definição deste quadro, prescreveu ao doente 20 sanguessugas e um cozimento emoliente com sulfato de magnésia. O passo seguinte dado pelo médico foi observar o progresso do estado de saúde do enfermo, modificando o tratamento de acordo com as mudanças de seu quadro de saúde. Nos dias que seguiram, experimentou-se no doente, vesicatórios, manilúvios e pedilúvios entre outros tratamentos que não foram capazes de livrá-lo da morte em menos de um mês.

Após a morte do paciente, era necessário iniciar a autópsia o mais rápido possível. O calor e a umidade da cidade aceleravam o processo de decomposição cadavérica, principalmente dos órgãos internos. A demora em iniciar este procedimento poderia inviabilizar a investigação dos órgãos e tecidos, que deveriam ser analisados em função da doença que vitimou o paciente. A impossibilidade de uma autópsia representava uma grande perda no processo de investigação de uma doença. Para o aprendizado da medicina, nada era mais pedagógico que a morte e dissecação de alguém que teve sua enfermidade minuciosamente estudada e registrada desde sua entrada no hospital. Pode parecer uma afirmação cruel, porém a autópsia do doente morto era o “grand finale” de um estudo de caso. Sob o ponto de vista da lição de clínica médica, muitas vezes o paciente era mais valioso morto do que curado e saudável. O estudo do cadáver teve início 13 horas após sua morte e foi realizada com muito zelo e atenção aos detalhes. Foram abertos e examinados o crânio, tórax e

abdômen, foram verificadas lesões e alterações significativas no fígado, “cavidade pleurítica” e principalmente no coração e pericárdio. O procedimento de estudo do caso clínico encerrou-se com as reflexões do médico acerca do caso. Estas reflexões são o resultado da observação de todo o processo, das observações sobre o paciente no hospital aos tratamentos utilizados aliados à investigação do corpo dissecado – as lesões, alterações nos órgãos e tecidos. A partir destas informações o jovem Pereira Rego concluiu que “a autópsia confirmara o diagnóstico que se havia feito” e procurou justificar suas estratégias para combater a moléstia, alegando que “com o emprego destes meios, algum alívio pareceu experimentar o doente.” É esperado que o médico justifique suas ações e demonstre a justeza de seu diagnóstico a partir das evidências colhidas no exame do corpo. E devemos lembrar que esta observação médica foi elaborada por um estudante, o que reforça sua busca por demonstrar sua perspicácia e destreza²⁶¹.

Essa observação médica em um escravo nos mostra como as enfermarias da Santa Casa estavam disponíveis para o aprendizado médico. A produção de uma observação sobre pericardite teve seu início com a entrada do paciente na Santa Casa, depois passou pela seleção deste para objeto de estudo dos alunos de clínica médica. O cozinheiro africano foi diagnosticado, tratado e dissecado sob o olhar dos estudantes da faculdade de medicina. O aluno responsável por aquele tratamento teve o cuidado de guardar a descrição do caso e suas reflexões e, após ser admitido como membro da Academia de Medicina, ofereceu

261 José Pereira Rego obteve seu diploma de medicina em 20 de dezembro de 1838, ao apresentar a tese intitulada “*Dissertação sobre os fenômenos obtidos pelos diversos métodos de exploração do coração, e aplicação dos mesmos fenômenos ao diagnóstico de algumas afecções do mesmo órgão, mais freqüentes.*”

o caso à publicação no periódico daquela instituição. Fechava-se, assim, o ciclo formado pelo hospital, pela faculdade, pela academia e, por fim, o periódico.

Outro aluno, neste caso o recém formado Roberto Jorge Haddock Lobo²⁶², publicou nos *Annaes Brasilienses de Medicina* estatísticas de clínica cirúrgica recolhidas na 1ª enfermaria de cirurgia do Hospital da Santa Casa, sob a responsabilidade do Dr. Cândido Borges Monteiro. Com o intuito de “tornar público o rápido progresso e andamento com que entre nós marcha esse ramo o mais positivo da arte de curar”²⁶³, fez um levantamento sobre os atendimentos realizados durante todo o ano naquela enfermaria. A partir desta coleta de informações, o jovem médico escolheu os casos que considerou exemplares, dos quais poderia retirar algumas reflexões que contribuíssem para o desenvolvimento da cirurgia ou, em suas próprias palavras, “demonstrar a quem quer que seja que a cirurgia brasileira não está estacionária”. O atendimento aos doentes era visto pelo médico como uma forma de desenvolver as técnicas cirúrgicas e comparar procedimentos e técnicas. Apesar das vantagens encontradas na enfermaria como um local privilegiado de aprendizado cirúrgico, o médico queixara-se da falta de observações importantes naquele ano, pois “tirado um ou outro fato que de vez em quando ali se apresentava tudo o mais não passava de trivialidade d’essas enfermidades que nem um interesse ou contestação podem fornecer ao espírito observador”. A situação contrastava com a realidade de anos anteriores, “onde contado era o leito em que o observador se

262 Roberto Jorge Haddock Lobo formou-se em medicina na faculdade de medicina do Rio de Janeiro em 1842. Na ocasião apresentou a tese “*Dissertação acerca do tumor e da fistula lacrimal, precedida de considerações sobre esta moléstia.*”

263 LOBO, Roberto Jorge Haddock. *Resumo estatístico da clínica cirúrgica da escola de medicina dirigida pelo Sr. Dr. Candido Borges Monteiro, no ano letivo de 1844 na 1ª enfermaria de cirurgia do hospital da Santa Casa de Misericórdia.* In: *Annaes de Medicina Brasiliense* v. 1 1845. p. 153.

não visse obrigado a demorar-se – onde raro era o dia que uma ou mais operações se não executassem”.

Em sua busca pelo entendimento desta ausência de pacientes, afirmara não acreditar que aquela “infeliz classe da sociedade balda de meios, e que só ali pode achar remédio aos seus sofrimentos” não estivesse recorrendo aquele “pio estabelecimento”. Para o jovem doutor, a falta de casos interessantes estava relacionada a questões administrativas entre a Santa Casa e a Faculdade de Medicina. Os doentes que ficavam sob os cuidados dos professores e eram objeto de estudo dos alunos deveriam ser requeridos ao provedor da Santa Casa. De acordo com o relato, o problema estava na “interinidade em que se achava o professor de clínica médica externa”. A situação transitória do professor e o baixo poder de negociação com a administração do hospital deveriam explicar a “nenhuma ingerência que ele tinha sobre o movimento dos doentes entrados”²⁶⁴.

A carência de casos interessantes a serem acompanhados e estudados naquela enfermaria, “que andava tão pobre, deserta e despida de interesse prático”, não era a única preocupação dos estudantes. Estes também pleiteavam o estudo das moléstias femininas, reivindicação que foi atendida com o retorno do Dr. Borges de Medeiros, que obteve “12 leitos na enfermaria das mulheres, afim de que as enfermidades só próprias deste sexo não deixassem de ser familiares aos alunos respectivos.”²⁶⁵ O relatório demonstra o quanto era importante para os alunos o contato com os doentes, para fins de treinamento, prática e familiarização com as moléstias. As observações nas enfermarias da Santa Casa eram importantes e desejadas pelos aspirantes à profissão. Apesar de menos

264 Ibid.

265 Ibid., p.154.

valorizada por Haddock Lobo, a repetição era parte importante do aprendizado cirúrgico. Duas grandes qualidades de um cirurgião eram a rapidez com que praticavam operações e a precisão de seus gestos. Esta destreza só poderia ser alcançada com muito treinamento em repetidos procedimentos médicos semelhantes.

Mesmo reclamando dos poucos casos desafiadores daquele ano, Haddock Lobo conseguiu reunir observações que o levaram a conclusões relevantes sobre clínica cirúrgica. O médico selecionou seis observações sobre fraturas simples tratadas naquela enfermaria da Santa Casa e, a partir delas, indicou o uso do “aparelho inamóvel”, criado pelo cirurgião belga Louis Seutin (1793 – 1862), como o mais conveniente para aquele tipo de fratura.

1ª. Observação: Fratura Transversa ao nível do terço médio da perna direita – aplicação do aparelho gomado de Seutin a 15 de maio – levantamento do mesmo 33 dias depois – reaplicação do aparelho em consequência de se ter formado um cálcio vicioso – levantamento d’este segundo aparelho 39 dias depois – cura completa – o doente era escravo de Guerra Monteiro.

2ª. Observação: Fratura transversa ao nível do terço inferior do fêmur esquerdo – aplicação do aparelho gomado de Seutin a 28 de Agosto - Levantamento do mesmo 42 dias depois – cura completa – o doente era escravo de Antonio Damas.²⁶⁶

O uso deste artifício nos tratamentos de fraturas era uma novidade e enfrentava resistências dos que defendiam o uso de talas. O método do Barão de Seutin imobilizava o paciente com tiras de pano que depois eram cobertas com

266 Ibid.,p.156.

goma, tornando mais eficiente a imobilização. Ainda assim, muitos resistentes a inovações preferiam continuar empregando a antiga técnica de uso de talas. Em defesa do novo método, o médico salientou que na Santa Casa “não se emprega outro aparelho, seja qual for a enfermaria”, e que não havia informação de fracassos neste tratamento. Além dos casos relatados por ele e das informações de emprego do aparelho, Lobo narrou um tratamento em sua clínica particular, onde comparara os dois métodos:

Convidados a pouco tempo pelo Sr. Ramos morador de S.Diogo, para prestarmos nossos cuidados a um seu escravo, que havia fraturado cominutivamente o terço superior do úmero esquerdo, aplicamos o aparelho de talas ou ordinário; e isto em conseqüência de nos faltarem na ocasião apertos, e pessoa inteligente que bem nos pudesse ajudar. Passados 15 dias ainda se não tinha formado o calo – grande inflamação dos tecidos moles se começava de ostentar – e, em conseqüência de movimentos desordenados do doente, que a todo o momento desarranjavam o aparelho, impossível era obter-se a coaptação por mais de 10 minutos. Recorremos, se bem que tarde, ao aparelho de Seutin, e todos estes inconvenientes desapareceram para ao fim de 28 dias se obter uma cura perfeita e completa.²⁶⁷

Neste episódio que vivenciou em sua clínica particular, teve a oportunidade de confrontar os dois métodos de tratamento de fraturas em um mesmo paciente, neste caso um escravo. Embora o médico tenha justificado o uso de um tratamento que considerava ultrapassado, acredito que dificilmente exporia um paciente abastado a um tratamento desconfortável quando poderia lançar mão de

267 *Ibid.*, p.158.

outros artifícios, como fez ao usar as bandagens de Seutin, considerado por ele o melhor método para curar fraturas simples. Entretanto foi oportuna a observação de um caso onde o desempenho dos dois aparelhos foi analisado. A observação empírica da cura era um importante elemento para dar sustentação aos seus argumentos médicos, “era mais próprio convencer aos incrédulos com fatos antes do que com razões.” A partir da narrativa dos casos médicos que observou e de sua vivência na enfermaria, procurou construir uma sólida defesa do aparelho de Seutin, concluindo de forma axiomática que “o aparelho inamóvel é o único que convém para a cura das fraturas simples”. Haddock Lobo demonstrou estar atento a novos métodos e utilizou sua experiência prática para comprovar as vantagens e eficácia destes. Em outra série de observações, utilizou quatro observações, duas delas em escravos, para defender o método de torção das artérias para conter hemorragias:

1ª Observação: Fratura da tíbia direita ao nível da junção do terço médio com o superior, complicada de lesão de tecidos moles correspondentes, e de uma ligeira hemorragia; - aplicação de um aparelho cotentivo – dilatação da solução de continuidade, afim de se poderem extrair algumas esquirolas, que se achavam destacadas – cura completa e perfeita em 143 dias – **o doente era escravo mas não declarava quem fosse o senhor.**

2ª.Observação: - Fratura do fêmur direito ao nível do grande trochanter, complicada de lesão dos tecidos correspondentes; - fratura simples e transversa do braço do mesmo lado; - comoção da medula espinhal; - desarticulação da coxa pelo método ovalar, sendo torcidas as artérias seguintes, circumflexa externa, muscular profunda de Mechel e a crural, sem que se manifestasse a menor hemorragia consecutiva; - morte 8 horas depois da

operação por efeitos da lesão medular. – **O doente era um escravo do Sr. João Batista de Souza Guimarães.**²⁶⁸

A partir das observações feitas nestes pacientes, o jovem médico concluiu de forma enfática a maior conveniência do método de torção das artérias para conter hemorragias em relação ao método de ligadura das artérias. Ele sustentou seus argumentos baseado no estudo prático dos casos e das autópsias dos doentes que não resistiram.

O resumo estatístico feito por Haddock Lobo tem outra função além de demonstrar seu conhecimento e angariar respeito e notoriedade entre seus pares. As análises dos casos por ele selecionados e as conclusões que foram geradas a partir destes estudos tinham a função de demarcar suas opções sobre matéria médica, principalmente em disputas sobre a eficácia de certos tratamentos. A escolha do conjunto de observações detalhadas no texto estava relacionada a uma polêmica sobre dois métodos desenvolvidos para estancar hemorragias. As observações coletadas naquela enfermaria da Santa Casa foram mobilizadas para defender a preferência pelo uso do método de torção das artérias desenvolvido pelo anatomista e cirurgião francês Jean Zulèma Amussat (1796-1856). Esse método rapidamente ganhou adeptos no Brasil. José Pontes França escreveu para a Faculdade de Medicina a tese intitulada *Torção das Artérias* (1836). Cândido Borges Monteiro também debruçou sobre o assunto e dissertou sobre o tema em sua tese para o concurso da Cadeira de Medicina operatória, onde concorreu com José Maurício Nunes Garcia. O futuro lente de anatomia abordou o mesmo assunto, porém fazendo duras críticas ao método e a seus defensores em sua “These sobre o valor therapeutico dos hemostáticos de Parée

268 Ibid., p.210.

e de Mr. Amussat ou A Ligadura e Torção das Artérias em Paralelo”. Neste trabalho defendeu o uso do método de ligadura como o mais eficaz para estancar hemorragias, recorrendo aos estudos de Jules Cloquet (1790-1883); John Abernethy (1704-1831); Sir Astley Copper (1768-1841); Antonio Scarpa (1752-1832); John Bell (1758-1657) além do tratado sobre ligaduras de vasos de 1835 de Pierre Joseph Manec (1799-1884) e o trabalho de Pierre Augustin Béchard (1758-1825). O escolhido para ocupar a cadeira de medicina operatória foi o Dr. Borges Monteiro. Isto, no entanto, não significava que a torção das artérias teria uma aceitação superior às ligaduras. Ao que parece a polêmica se prolongou. O próprio Haddock Lobo escrevera em defesa da torção das artérias como hemostático, em outras ocasiões. Entretanto, a importância destas observações está no seu valor como evidência empírica das teorias por ele defendidas:

No nosso humilde entender ainda por esta são algumas delas resolvidas no sentido da doutrina que havemos sempre pugnado em nossos escritos anteriores; fato este que muito nos lisongeia, porque agora não é a **teoria** e sim a **prática** que, em nosso auxílio, vai mostrar aos partidários de opiniões opostas, qual o lado d'onde está a razão e o bom senso. ²⁶⁹

O treinamento prático nos corpos de escravos e outros doentes pobres na enfermaria do Hospital da Misericórdia, dirigida pelo Dr. Candido Borges Monteiro, foi utilizado pelo jovem Haddock Lobo como evidência empírica que dava suporte a suas convicções teóricas. Em suas concepções sobre medicina, a verificação empírica deveria ser interpretada a partir do conhecimento adquirido nos estudos

269 Ibid., p.213.

para a formação médica. Sendo um *expert*, ele podia interpretar as observações, selecioná-las e mobilizá-las como evidências em seu favor no campo das disputas médicas.

O método hemostático de Amussat foi um tema de grande interesse dos cirurgiões do império. Ele também foi discutido em outra série de observações cirúrgicas assinadas pelo Dr. Manoel Feliciano de Carvalho, Lente de Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos, e posteriormente professor de Clínica Externa da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro²⁷⁰, o que o tornava responsável pelos doentes de uma das enfermarias da Santa Casa. A discussão acerca do método reapareceu entre uma série de reflexões a respeito dos melhores procedimentos em uma amputação, feita a partir do tratamento em um homem ferido por arma de fogo. Nesta situação em que julgava necessário amputar um membro, Dr. Feliciano defendia o uso do método de torção das artérias para conter hemorragias, sobretudo em amputações. Em um dos casos narrados por ele, o médico discorreu sobre as vantagens do método e de suas variações praticadas pelos ilustres médicos e cirurgiões Alfred Velpeau (1795 – 1867), Alexandre Thierry²⁷¹, Jean Pierre Maunoir (1768-1861)²⁷² e Johann Carl Georg Fricke (1790-1841). Entretanto, nosso interesse principal neste relatório do Lente de Medicina Operatória é sobre os tratamentos realizados em escravos em sua enfermaria. Neste sentido, o corpo escravo é utilizado para o treinamento e teste de novas técnicas cirúrgicas, bem como para o adestramento dos estudantes nas práticas operatórias.

270 SANTOS FILHO, Lycurgo. Op.cit., 1991. p.117.

271 Médico francês e autor de diversas obras sobre medicina e cirurgia, publicou *De la torsion des artères* em 1829. Não foi possível localizar maiores informações biográficas.

272 Uma das obras de Maunoir, provavelmente lida por Feliciano, foi traduzida e publicada sob o título: *Memórias fisiológicas e práticas sobre o aneurisma e a ligadura das artérias*, pelo Cirurgião chefe da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, José Soares de Castro em 1815.

O relatório de Manuel Feliciano Pereira de Carvalho, intitulado *Operações praticadas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia nos três primeiros meses do corrente ano*²⁷³, foi publicado em 1836, enquanto ainda era lente da cadeira de Medicina Operatória. Segundo o médico, o principal fim da publicação seria o acúmulo de casos para estudos, pois “a ciência médica nasceu logo que um Hipócrates soube observar e reunir metodicamente fatos dispersos observados por seus antecessores e por ele mesmo”. Desta forma, a narrativa do caso médico e de seu tratamento teria maior valor descritivo, evitando a análise e teorização sobre doenças, pois “não obstante haver passado mais de dois mil anos, ainda se medita sobre a história, que ele (Hipócrates) traçou de certas enfermidades, ao mesmo tempo em que as obras que lhe atribuem, e em que são expostas as teorias médicas de seu tempo, nem sequer são lidas.” Apesar de afirmar o exclusivo desejo de uma descrição minuciosa dos tratamentos por ele realizados, a publicação daqueles casos tinha também o sentido de registrar inovações em técnicas cirúrgicas e mostrar que ele e seus contemporâneos não deixaram “a cirurgia estacionária, nem em letargo.” De todas as operações realizadas, sete foram escolhidas pelo médico para serem descritas e analisadas neste relatório, dentre as quais, cinco foram realizadas em escravos.

O primeiro caso analisado pelo médico foi uma Enterocèle inguinal²⁷⁴. João, escravo de J. R. Castro, tinha cerca de 40 anos quando desenvolveu uma hérnia devido ao seu trabalho como tanoeiro. Mais tarde esta situação agravou-se graças à continuidade dos esforços feitos pelo escravo: “o intestino sai-lhe”, e a

273 CARVALHO, Manuel Feliciano Pereira de. *Operações praticadas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia nos três primeiros meses do corrente ano*. Revista Médica Fluminense. vol. 2 , n. 2. 1836.

274 Hérnia de intestino

dor que sofreu foi tão intensa que o doente não pôde mais andar. Ele foi tratado de maneira criteriosa pelo “Sr. A. Freire, que até gelo lhe aplicou sobre o tumor”, entretanto não conseguiu progressos e o cativo deu entrada na Santa Casa dois dias após. De início, o médico tentou a “taxis”²⁷⁵ pelo método desenvolvido por Amussat, sem sucesso. A partir disto passou ao processo de dilatação do anel inguinal e redução do intestino, após recolocá-lo no ventre do paciente. Finalmente, aplicou um pano para obstruir o orifício interno do canal inguinal. Depois da cirurgia prescreveu a aplicação de sanguessugas, além de um cataplasma emoliente ao ventre, clisteres e bebidas da mesma natureza. Dois dias depois retirou o pano e fechou a ferida, continuando o tratamento prescrito e em vinte dias, com o doente em bom estado e quase cicatrizado, deu-lhe alta “por sua Senhora assim o querer”. O médico faz reflexões interessantes sobre a cirurgia. Relatou sua preferência pela adaptação de uma técnica cirúrgica do fim do século XVII que estaria, segundo o autor, “geralmente proscrita”. Feliciano demonstrava pleno conhecimento dos escritos coevos de cirurgiões renomados como Auguste Berard (1802-1846), Jean-Claude Mertrud (1728 – 1802) e Velpeau que não recomendavam as técnicas de introdução de corpos estranhos no organismo. Ainda assim, aconselhava a obstrução do canal inguinal com a introdução de panos por 48 horas no interior deste canal. Ele indicava a utilização do método em casos onde o “tumor herniário é muito volumoso”. A técnica apresentaria vantagens sobre os métodos correntemente utilizados: ela preveniria a formação de novas hérnias após a operação e impediria “por meio do corpo estranho que os intestinos saiam nos primeiros dias depois da operação”. Para

275 Taxis é uma técnica de comprimir os intestinos que saíram do corpo de forma que eles voltem para dentro do ventre.

provar sua argumentação e a viabilidade de seu método, o médico relata outros dois casos semelhantes de pacientes ficaram sob seus cuidados.

1º. **Um preto** foi por mim operado no ano passado, apliquei um pano, que com os fios levei ao fundo da ferida; mas não introduzi no canal inguinal, e apliquei uma atadura cotentiva.

O doente mudou de posição, os sintomas continuaram: no segundo dia havia delírio, e as extremidades estavam frias, levantando o aposito, o intestino já gangrenado saiu do orifício externo, sem o doente fazer esforço algum nesta ocasião, o que prova que estava no canal, e sua demora neste lugar foi sem dúvida a causa da gangrena, e da morte, que teve lugar pouco depois.²⁷⁶

Não sabemos o motivo que o levou a decidir não usar sua técnica no “preto” do primeiro exemplo, porém o segundo paciente não teve o mesmo destino funesto.

2º. O Padre Mestre B..., sofria de uma hérnia inguinal com sufocação aguda; por isso foi operado: depois de aberto o saco herniário, introduzi com muita facilidade o dedo indicador no canal inguinal, e percorri toda a circunferência do intestino sem obstáculo; o aperto era no orifício interno, onde se notou um círculo fibroso muito duro, o qual foi dilatado, e o intestino reduzido. O canal foi cheio pelo pano crivado e os fios que tirei depois de 48 horas; enfim o doente curou-se em 22 dias. Ora, se eu não introduzisse um corpo estranho no canal, os intestinos sairiam como aconteceu no primeiro doente.²⁷⁷

276 RMF, vol. 2 n.2, 1836. p. 231

277 RMF, vol 2 n.2, p.232.

O autor reforçara seus argumentos contrastando dois casos em que ele aplicara as técnicas em questão. No primeiro caso, onde não havia uma identificação consistente do enfermo a não ser a cor de sua pele, não usou o procedimento que considerava mais adequado e tivemos um fim trágico para o paciente. O médico não esclareceu os critérios utilizados para a escolha de métodos diferentes para tratar estes pacientes, principalmente por atestar que havia “obtido numerosos resultados felizes” com sua técnica cirúrgica. Entretanto, mostrou-se mais cauteloso na escolha do tratamento do Padre, em quem usou o método no qual confiava. É possível que o preto tenha sido escolhido para ser submetido ao tratamento considerado inadequado pelo médico por se tratar de um paciente que poderia correr os riscos. Para determinar o contraste entre os métodos de sucesso e os duvidosos era necessário testá-los em pacientes a fim de provar a falha. Neste caso, o “preto” pode ter sido o escolhido por ser alguém passível de correr os riscos de um procedimento incerto. Porém, o escravo João, principal objeto deste relato, teve um tratamento muito atencioso. Tanto do médico quanto de seus senhores. É notável como o senhor Castro se empenhou em curá-lo, levando-o a dois médicos e ainda, sua senhora pediu a alta do cativo antes do fim do processo de cicatrização, cujas motivações não foram declaradas pelo médico. Provavelmente o interesse no restabelecimento de João estava em seu ofício e nos ganhos que ele levaria à casa de seu senhor. Um escravo tanoeiro deveria render um bom lucro aos seus donos.

No início dos relatos o autor apresentou-se modesto ao alegar não ter novidades para o campo cirúrgico. Neste relato, no entanto, pleiteou discretamente a criação deste que seria um novo método em relação ao usado no fim do século XVII, considerado ultrapassado, e aos tratamentos correntes, cujo

método não preveniria o desenvolvimento de uma nova hérnia. Pediu a seus pares que levassem sua técnica “ao cadinho da experiência”. Além da adaptação de um método em desuso, transformando-o em um método mais eficaz, o doutor Feliciano apresentou em suas narrativas uma operação considerada por ele inédita, realizada também em um escravo. Este se chamava Sabino, tinha 18 anos e pertencia ao Sr. M. J. P. Mirilim. O jovem foi ferido na mão direita com um canivete e o que parecia um ferimento simples revelou-se um corte profundo com dificuldades em ter a hemorragia estancada. A situação tornou-se mais preocupante com a inflamação da ferida. Dias depois do incidente o cativo recebeu cuidados de Christovão José dos Santos, que fez ligadura da artéria radial, porém a hemorragia continuou. O paciente deu entrada na Santa Casa oito dias após o corte, onde o doutor efetuou um exame minucioso e verificou a gravidade do ferimento que havia rompido dois tendões e artérias.

Apesar da frequência deste tipo de ferimento, segundo o médico, “os anais da cirurgia possuem poucos fatos pelos quais se possam avaliar precisamente os diversos meios que se tem empregado”²⁷⁸. Feliciano demonstrou um bom conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas praticadas na Europa, sobretudo na Inglaterra e na França. Ele analisou comparativamente casos de operações semelhantes realizadas por renomados médicos e cirurgiões das primeiras décadas oitocentistas como, Antoine Dugès(1797-1838), Jacques Matthieu Delpech (1777 – 1832), Jacques Lisfranc de St. Martin (1790 – 1847), John Bell (1763 – 1820), Auguste Berard (1802-1846) e Augustin Grisolles (1811 – 1869), estes dois últimos, autores cujas observações médicas sobre o tema foram publicadas na Gazeta médica de Paris. Longe de ser uma demonstração

278 RMF, vol.2,n.2.1836.p.234

pretensiosa de erudição, a análise dos casos semelhantes tinha duas claras motivações. A primeira era demonstrar que tomou suas decisões baseado no acúmulo de conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas que apresentavam maior expectativa de êxito. Desta forma estava amparado por procedimentos similares executados por seus pares, o que reforçava a idéia de acerto de suas escolhas. A segunda motivação era demonstrar, a partir da literatura conhecida, a originalidade de seu feito, a saber, a ligadura da “artéria interóssea anterior”:

A vista da breve história das lesões traumáticas das artérias anti-brachiais, perto do punho, e de suas arcadas, vê-se que os práticos tem empregado diversos processos para as remediar, mas ainda nenhum empreendeu a ligadura da artéria interossea, ou ao menos ignoro, que isto se tenha praticado.²⁷⁹

A descrição dos procedimentos executados pelos cirurgiões europeus e a posterior afirmação de que nenhum ainda empreendera a ligação daquela artéria em casos análogos tornariam a descrição deste caso médico um importante material de referência para procedimentos afins. Esta descrição da cirurgia no jovem escravo, feita pelo Lente de medicina operatória, teria a função pedagógica de introduzir uma nova técnica para o tratamento de ferimentos semelhantes.

O médico não narrou apenas casos de sucesso. Uma de suas observações relatadas foi sobre o tratamento de um cancro ulcerado no peito direito e de tumores na axila de uma paciente identificada como Anna, uma “crioula da Bahia”, 50 anos. O médico extirpou os tumores e a mama com sucesso, bem como procedeu aos curativos e receitou uma “bebida ligeiramente anti-espamódica”.

279 RMF, vol.2. n.2 p.235.

Dias depois da operação, após delírios, dores e ataques de febre intermitente, a doente não resistiu e morreu.

Um fator relevante neste caso foi a impossibilidade de autopsiar o corpo, pois o cadáver foi sepultado fora da Misericórdia. O requerimento de um corpo para seu enterro fora da Santa Casa não era algo comum. Neste período não existiam muitas opções de enterramento para escravos ou pretos e mulatos livres da cidade do Rio de Janeiro além do cemitério da Misericórdia²⁸⁰, que recebia os corpos dos mortos do hospital, os indigentes, os escravos e os militares²⁸¹. Entretanto, a forma como se sepultavam os escravos e indigentes naquela instituição, com seus corpos amontoados em valas coletivas, causava espanto aos viajantes²⁸² e horror aos escravos e livres que cujas convicções religiosas exigiam um sepultamento digno em campo santo. Desta forma, filiar-se a uma irmandade religiosa de negros foi uma estratégia que muitos dos escravos e libertos utilizaram para garantir um enterro digno em suas igrejas ou cemitérios²⁸³.

O enterramento no cemitério do hospital era garantia de que aqueles corpos estariam disponíveis para o aprendizado a partir de sua abertura e verificação do estado dos órgãos e tecidos. Sem a possibilidade de autópsia em busca de

280 Segundo a historiadora Claudia Rodrigues, na primeira metade do século XIX as opções de sepultamento para os escravos se resumiam ao cemitério dos negros novos, o cemitério dos franciscanos, situado ao pé do morro do convento de Santo Antônio, e o cemitério da Santa Casa de Misericórdia. RODRIGUES, Claudia. *Lugares dos Mortos na Cidade dos Vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria municipal de cultura, 1997. p.236.

281 Ibid.. p.111.

282 PEREIRA, Julio César Medeiros da Silva. *A flor da terra*. Rio de Janeiro: Garamond. 2007. p.37, RODRIGUES, Cláudia. Op.cit.1997. p.237, KARASCH, Mary. Op.cit., 2000 p.191.

283 As irmandades religiosas de negros se responsabilizavam pelo enterro de seus irmãos nas suas respectivas igrejas. Apesar deste não ser o objetivo principal das irmandades, especialistas no tema acreditam que este era um dos motivos que levava à filiação de escravos e muitos livres e libertos. (REIS, J.J. *O cotidiano da morte no Brasil Oitocentista*, In: ALENCASTRO, Luis Felipe. (Org.). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras, 1997, v. II. p.122; KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850)*. São Paulo: Companhia das letras, 2000. p.347-348; RODRIGUES, Claudia. *Lugares dos Mortos na Cidade dos Vivos*. p.236-238. A mesma estratégia com o objetivo de se garantir um sepultamento digno foi seguida pelos escravos da Bahia. REIS, J.J. *A Morte é uma festa*. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras. 1991. p.198.

evidências, o médico ponderou sobre os possíveis motivos da morte da paciente a partir de sua experiência e conhecimento. Reforçou a idéia de que a cirurgia era necessária devido ao estado avançado da doença que os autores denominavam “diátese cancerosa”. Concluiu que restava como opções uma cirurgia arriscada ou aguardar passivamente a morte da enferma. Mobilizou em seu favor exemplos de sucesso em tal procedimento, como o do cirurgião francês Phelisbert Roux (1780 - 1854), para justificar a sua escolha pela operação. Em conclusão, afirmou que a doente não sucumbiu por conta da enfermidade ou por alguma conseqüência da operação, e sim por conta do acesso de febre perniciosa que, em sua interpretação, poderia ter causa diversa. A descrição deste caso parece ter sido motivada por uma discordância sobre a conveniência daquela operação. Segundo Feliciano, foi feita uma “conferência” sobre o caso e alguns dos presentes foram contrários à tentativa de operação. A esta conferência, possivelmente realizada ali mesmo no hospital, com a presença dos estudantes e de outros médicos, coube a palavra final ao Lente responsável pela enfermaria²⁸⁴. O peso da responsabilidade pela decisão desafortunada pode ter motivado o médico a publicar este caso, no intuito de justificar suas decisões.

Outros doentes tratados por Manoel Feliciano tiveram o mesmo fim trágico. José, 40 anos, escravo de L. S. Calvas, sofreu amputação da perna esquerda devido a complicações em uma ferida no joelho que culminaram em gangrena. Não se faz necessário narrar os detalhes deste tratamento, entretanto, é digno de nota que a autópsia do corpo foi feita pelo estudante do 6º ano, o Sr. Camilo José

284 Feliciano em seu relato afirma que resolveu praticar a operação “não atendendo aos que só se ocupam em dar notícias das operações que pratico sem bom êxito, omitindo voluntariamente as circunstâncias desfavoráveis e aquelas que são coroadas de mais completos sucessos.” RMF v.2 n.4 p. 275.

de Moura²⁸⁵, o que reafirma o sentido prático das aulas nas enfermarias da Santa Casa. Mais um caso de amputação seguida de morte foi registrado pelo médico. O paciente era Claudino, um jovem de 21 anos, escravo de Gilmore Harvey. O doente deu entrada no hospital com úlceras na parte inferior da perna esquerda e no dorso do pé. As chagas eram tão profundas que se podiam ver porções dos ossos. O ferimento foi ocasionado por um espinho que entrara na perna. Além das feridas, foi identificada a existência de “uma anemia ou a hipoemia intertropical do Dr. Jobim.” As feridas foram curadas e a perna amputada pelo “método Dupuytren”.²⁸⁶ Apesar de identificar progressos na cicatrização da ferida em que fizera a amputação, o médico observou o agravamento do estado do enfermo, que apresentou febre, dores no abdômen, “muitas evacuações alvinas”, além de apresentar inchaço no rosto, “membro inferior” e “escroto”. O doente faleceu 15 dias após a amputação. Apesar de não inserir em seu relatório informações sobre a realização da autópsia cadavérica, o médico atribui a morte do paciente à evolução da anemia e da diarreia. Ele não relacionou a morte ao procedimento de amputação ou a alguma complicação decorrente do mesmo por considerar que ocorreu uma completa cicatrização na amputação. Para reforçar seus argumentos sobre a morte do jovem escravo, o médico apontou a incapacidade deste em guardar dieta como possível motivo para a ausência de progressos no estado de saúde do paciente. O mesmo disse ao médico que comia goiabas verdes trazidas por um amigo para curar a diarreia. O próprio Dr. Feliciano viu o doente retirar carne, farinha e bananas que estavam escondidas

285 Camilo formou-se em 1838 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a tese *Sobre a Hidrocele na Túnica vaginal*. (Sigaud, 322). Em sua tese, o jovem médico usou diversas observações extraídas das aulas de clínica do Lente Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. RMF, vol. IV, 1838.

286 Guillaume Dupuytren (1777-1835), foi cirurgião do rei francês Luís XVIII e professor de medicina operatória em Paris. Aprimorou e desenvolveu diversas técnicas cirúrgicas.

embaixo do colchão, “quando seu estomago apenas podia receber alguns caldos”²⁸⁷.

Apesar do tom tragicômico do relato, percebemos a resistência que um doente poderia apresentar aos tratamentos receitados na Santa Casa. Mesmo com sua autoridade sobre o paciente, tanto por estar em seu território de atuação quanto por seu conhecimento, o médico não conseguiu impor ao escravo sua dieta. O cativo preferiu confiar na receita de goiabas verdes que o amigo lhe recomendou do que na dieta de mucilaginosos e cozimentos de ervas prescritos pelo doutor. Apesar de exercer certo controle sobre o enfermo, o médico encontrava limites no reconhecimento de sua autoridade médica; sua legitimidade esbarrava nos laços sociais estabelecidos pelo escravo. O fato de estar no ambiente hospitalar e de submeter-se ao tratamento naquele local não impedia o doente de acreditar em outras formas de cura para seus males, por conta de sua herança cultural. Neste caso, a crença de que comer goiabas verdes o curaria da diarreia tinha um apelo mais forte que a crença na capacidade de cura através da dieta e remédios receitados pelo Lente de medicina. A transgressão da dieta imposta pelo professor foi possível graças ao apoio recebido do amigo que lhe trouxe comida, o incentivou a quebrar a dieta e possivelmente cuidou de seu enterro, pois, assim como Anna, a “crioula da Bahia”, este escravo não passou pela autópsia, o que pode ser um indício de que também não foi enterrado na Misericórdia.

O sofrimento dos pacientes também era uma preocupação de Manuel Feliciano em sua descrição das operações feitas naquela enfermaria. Apesar de

287Revista Médica Fluminense vol. 2,1836 p. 307.

não ser uma prática comum entre seus pares²⁸⁸, acreditava que evitar a dor era uma estratégia que poderia ajudar a preservar a vida do enfermo. Isto pode ser observado nas escolhas que fez entre as técnicas operatórias utilizadas. Ao dissertar sobre as possíveis formas de amputação, o médico admitiu a dificuldade de êxito no tratamento de pacientes submetidos a péssimas condições de vida. Em suas reflexões sobre um dos casos de amputação, Feliciano justificou sua preferência pelo método de Dupuytren como o mais simples e também o mais vantajoso em seus resultados. O processo resultaria em menor suplício do paciente por sua simplicidade e rapidez, uma vez que “corta-se de uma só vez, e de um só golpe os tegumentos e os músculos até o osso, e depois se favorecendo a retração de todas estas partes, cortam-se as fibras musculares aderentes ao mesmo osso.²⁸⁹”. Em outros procedimentos a pele era separada dos tecidos subjacentes ou recorria-se a sucessivos cortes na pele, tecidos, músculos superficiais e profundos, o que tornava estes métodos muito dolorosos em comparação com a técnica escolhida. A questão era avaliar se os benefícios trazidos pelas técnicas eram suficientes para justificar seu uso nos pacientes.

O principal alvo das críticas de Feliciano era o “método a retalho”, usado pelo Doutor Marquand²⁹⁰, que o julgava “mais próprio para impedir a saliência do osso, e determinar uma cicatrização mais sólida, e menos sujeita a escoriação”.

288 Na medicina oitocentista, apesar dos esforços de muitos médicos para desenvolver métodos de alívio da dor, grande parte destes profissionais achava que a dor era necessária tanto para a identificação da doença, como para os processos de cura. O célebre cirurgião do Hospital de Paris, Alfred Velpeau teria declarado que “Evitar a dor por meios artificiais é uma quimera”. Sobre as concepções dos médicos sobre a dor dos pacientes, ver FAURE, Olivier. *O olhar dos médicos*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean – Jacques; VIGARELO, Georges. História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 26-32 e CORBIN, Alain. *Dores, sofrimentos e misérias do corpo*. In: COURBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (coords.). História do corpo: Da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis: Vozes, 2008.

289 RMF, vol. 2, 1836 p. 310.

290 O Dr. Feliciano certamente se refere ao método descrito por M. Marquand em seu trabalho *Réflexions pratiques sur l' amputation à Lambeaux*, 1832.

Entretanto os sucessivos cortes na região a ser amputada ampliavam o suplício dos doentes. O médico brasileiro apontou que os bons resultados deste método eram devidos às condições individuais favoráveis dos pacientes de seu colega francês. Cirurgião da armada francesa, Marquand praticou sua técnica em militares jovens e robustos, que eram operados logo depois de feridos. Enquanto na Santa Casa do Rio de Janeiro o Lente operava pessoas em condições muito diferentes. Naquele hospital atendia os “que sofrem moléstias longas, que já se acham extenuados por abundantes supurações, por dores prolongadas e muitas vezes pelo rigor de um bárbaro cativo, etc.”²⁹¹ O médico avaliava que os pacientes que entravam em sua enfermaria encontravam-se debilitados demais para serem submetidos a um método eficaz, porém doloroso. Assim, concluiu que “seguramente se os doentes de Mr. Marquant fossem os meus, ele não teria a mesma confiança no método a retalho”²⁹².

Trepanação

No dia 3 de Dezembro, o cirurgião. Freire Alemão foi chamado à casa do Sr. Bernardo Martins na Rua das Marrecas n. 6 para cuidar de seu escravo²⁹³. Bernardo demonstrava grande preocupação em socorrer o jovem Ignácio, que tinha de 10 para 11 anos e sofrera uma pancada na cabeça. Quando o Cirurgião da Santa Casa chegou ao local, já se encontravam presentes os doutores Manoel Valadão Pimentel e Antônio da Silva Roza. A pancada resultou em “uma ferida

291 RMF, vol. 2, 1836 p.311.

292 Ibid.

293 ALLEMÃO, Antônio Freire. *Trepanação praticada com feliz resultado. Observação do Sr. Antônio Freire Alemão*, 1º Cirurgião Interno do Hospital da Misericórdia. SSP, nº 15, 1831.

contusa e transversa na região parietal esquerda” e também em uma fratura e “abatimento considerável do osso”. Ao avaliar este quadro, os facultativos resolveram recorrer à trepanação imediatamente. Eram dez horas da noite quando iniciaram o procedimento cirúrgico. Antônio Freire Allemão realizou duas trepanações, serrou o crânio do paciente e extraiu as esquirolas que estavam comprimindo o cérebro. O rapaz foi levado para descansar da cirurgia e ficou sob observação. No dia seguinte, devido à reação do paciente, que apresentou vômitos, língua amarelada e pulso mui desenvolvido, lhe receitou uma sangria do braço, bebida mucilagínosa e abstinência de alimentos. O tratamento durou alguns dias e o doente recuperou-se sem problemas.

A trepanação era uma prática cirúrgica muito antiga. Existem relatos desta prática desde a Antiguidade Clássica, inclusive por Hipócrates. Era muito utilizada pelos cirurgiões e sua técnica permaneceu praticamente inalterada, entretanto, as indicações para o seu uso sofreram mudanças. No século XVI e XVII era largamente utilizada, mas no fim do século XVIII teve seu uso moderado²⁹⁴. Podemos perceber esta tendência nos cirurgiões brasileiros, pois foram poucas as trepanações declaradas em relatórios, artigos ou comunicações. Cristóvão José dos Santos, Cirurgião Militar, declarou que em 25 anos de clínica cirúrgica, realizou apenas três trepanações do crânio, das quais duas não obtiveram sucesso²⁹⁵. A falta de êxito com as trepanações pode ser a principal causa da diminuição de sua prática e realizar uma trepanação com pleno sucesso ter sido o fator motivador para a publicação desta observação médica. Apesar de não trazer nenhuma técnica nova ou indicar seu uso para o treinamento do ofício, a

294 LAWRENCE, Ghislaine. *Surgery* (traditional) in: In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.2

295 SIGAUD, J.F.X., 2009. p.371 e SANTOS FILHO, Lycurgo. Op.cit. 1991, p.346.

observação mostrou o triunfo do cirurgião. A publicação representava uma forma de angariar prestígio entre os pares e atrair uma clientela que estava além dos portões do hospital. O dono do escravo, Bernardo Martins, mostrou-se disposto a salvar a vida do rapaz. O atendimento de três facultativos, dois deles de grande prestígio, deve ter lhe custado uma quantia razoável. Não é possível afirmar os motivos para empenhar-se tanto – para salvar seus investimentos, para livrar-se de complicações por conta da pancada na cabeça do rapaz ou por puro senso de humanidade. Entretanto, o empenho do senhor para salvar a vida deste escravo foi tão notável quanto o sucesso da trepanação.

Cirurgia e corpo feminino.

A literatura médica criada a partir da observação de casos considerados relevantes para o aprimoramento dos conhecimentos nosológicos e o treinamento cirúrgico recebeu também a contribuição de médicos envolvidos com a nascente obstetrícia. Sem aprofundar as questões de gênero inerentes ao estudo do corpo feminino²⁹⁶, verifiquemos como o conhecimento médico sobre os cuidados com a gestante e o parto foi construído e disseminado a partir da observação dos corpos de mulheres escravas ou pobres.

Apesar de ser um assunto de interesse dos facultativos, a prática de partos e todos os processos que envolviam a intimidade do corpo feminino não era uma constante no cotidiano médico. Mesmo com a ampliação do contingente médico do Rio de Janeiro, durante todo o século XIX, era reduzido o número de doutores

296 Sobre este tema existem grandes e importantes estudos como os de Maria Lucia Mott, Fabíola Rohden, entre outros.

que se dedicavam a esta prática. Alguns destes informavam a realização de partos entre seus serviços nos anúncios publicados nos jornais e almanaques²⁹⁷. Estes poucos que anunciavam seus serviços de partejamento provavelmente gozavam de boa reputação. No *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial* do ano de 1851 vemos alguns médicos e cirurgiões anunciados como parteiros, entre eles, José Maurício Nunes Garcia. Além disso, ao listar os médicos e cirurgiões, Eduardo Laemmert fez um pequeno texto observando as qualidades de parteiro do Dr. Antônio Cândido Nascentes de Azambuja e agradeceu-lhe pelo parto de sua filha. Segundo Laemmert, a mãe e a criança salvaram-se graças à perícia do médico²⁹⁸.

Ainda que alguns nomes de prestígio entre doutores e cirurgiões se dedicassem à parturição, esta atividade era hegemonicamente feminina e exercida quase em sua totalidade por parteiras²⁹⁹. Dificilmente procurava-se um homem para auxiliar parturiente. Era um costume compartilhado por mulheres de todas as classes sociais procurar uma “comadre” ou “aparadeira” para ajudar no momento de dar a luz.³⁰⁰ É bem arrazoado dizer que o motivo principal que afastava os médicos dos cuidados com o corpo das gestantes era a moralidade que restringia a exposição do corpo feminino. As senhoras não se sentiam à vontade com a exposição de seu corpo aos olhares e toques do médico, sobretudo em suas partes mais íntimas. Desta forma, em nome da decência, era

297 ROHDEN, Fabíola. *Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução*. Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 1. sem. 2006. p. 215.

298 A gratidão e reconhecimento de Laemmert podem ser observadas pelo espaço que ele dedicou as recomendações ao médico. O espaço dedicado ao anúncio de cada profissional era de aproximadamente uma linha. O texto dedicado ao Dr. Azambuja foi colocado em forma de nota de rodapé e consumiu metade da página. LAEMMERT, Eduardo. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Província do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert. 1851. p.293.

299 SANTOS FILHO, Lycurgo. Op.cit. 1991, p.327.

300 FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Op.cit. 2002 p.153.

um antigo costume requisitar o auxílio feminino era para esta função³⁰¹. Além desta restrição condicionada por valores morais seculares, é importante dizer que, sob a ótica de muitos médicos, o parto era um fenômeno natural que na maioria dos casos transcorria sem surpresas e sem modificações³⁰². Nesses casos, por considerarem esta uma atividade simples e repetitiva, ela poderia ser realizada por uma pessoa treinada para exercer aquela arte. Era uma preocupação da elite médica que a saúde reprodutiva da mulher estivesse sob a égide dos conhecimentos médico-cirúrgicos, principalmente os preceitos da higiene. De tal forma que durante todo o oitocentos discutiu-se a formação das parteiras³⁰³. A justificativa dos médicos para a preocupação com o treinamento daquelas mulheres era o desejo de diminuição das taxas de mortalidade da parturiente e do feto³⁰⁴. Apesar de se pensar no treinamento específico para o partejamento, ainda assim poderiam acontecer situações inesperadas em que o conhecimento e as técnicas de um cirurgião ou um médico treinado se fariam necessárias.

Apesar das mulheres e seus familiares preferirem a ajuda de parteiras, quando ocorriam complicações os médicos eram requisitados, sobretudo quando se acreditava que a vida da mulher ou da criança estivesse em risco. Portanto, apesar de não praticar constantemente os partos, era necessário estudar a anatomia feminina e conhecer os mecanismos da reprodução no corpo feminino e a fisiologia da gestação. Este conhecimento sobre o partejamento era

301 Rohden, Fabíola. *Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução*. Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 1. sem. 2006

302 Segundo o Dr. Imbert em seu *Manual do Fazendeiro*, "O nascimento do homem, quer ele pertença à raça branca, quer a negra, é um fenômeno muito curioso e interessantíssimo. Mas, pelo muito usual que é, não atrai a atenção de ninguém." Imbert, 248.

303 Sobre os projetos dos médicos para a formação das parteiras, ver o artigo de Maria Luca Mott: *Curso de partos: deve ou não haver parteiras*.

304 MOTT, Maria Lucia. *Curso de partos :deve ou não haver parteiras* Cadernos de Pesquisa, nº108, 1999. p.154.

fundamental para o médico, que deveria agir nos casos mais complicados com dificuldade de saída ou posicionamento incomum do feto, hemorragia uterina entre outros eventos que poriam em risco a vida da parturiente ou do feto. Era necessário estudar a anatomia e fisiologia feminina, bem como treinar o partejamento, estudando os casos incomuns e as complicações que poderiam ocorrer durante este procedimento. Assim, o interesse médico estava voltado principalmente para os casos considerados fora da normalidade. O enfoque dos interessados nesta área do conhecimento estava voltado para tudo que não estava no roteiro da natureza: a gestação de mais de um feto, como o parto de quádruplos realizado em uma escrava do Sr. Vieira da Motta, chamada Ignácia³⁰⁵; a eclampsia, fenômeno descrito em algumas teses da Faculdade de Medicina; as hemorragias uterinas, obstrução do útero; além de técnicas que facilitavam o parto, entre outros temas.

A preocupação com o domínio da arte obstetrícia pode ser constatada a partir da inserção desta disciplina no ensino médico desde a fundação das academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em 1808³⁰⁶. Posteriormente, com a reorganização do ensino médico e a fundação das faculdades de medicina, realizado em seis anos com estudo de 14 cadeiras, entre elas a cadeira de “Partos, moléstia de mulheres pejudadas e paridas, e de meninos recém nascidos”. Além do curso de medicina, foram criados o curso de farmácia e o curso para parteiras, que compartilhava o conteúdo programático da cadeira de partos ministrada aos alunos de medicina e seu professor, o lente Francisco Júlio Xavier. O curso seguia o mesmo modelo daqueles ministrados na França e foi

305 Annaes de Medicina Brasiliense, vol 2. n. 6. 1846. p.137.

306 BRENES, Anayansi Correa. *História da Parturização no Brasil, Século XIX*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(2): 135-149, abr/jun, 1991.

Madame Durocher, a célebre parteira do século XIX, a primeira e uma das poucas alunas a se formar neste curso ministrado pela Faculdade de Medicina da corte³⁰⁷.

Apesar das restrições impostas pelos pudores da época, era de grande importância para o treinamento médico a realização de partos. No entanto, a cadeira de partos não possuía um lugar para suas aulas práticas, pois o Hospital da Santa Casa não abrigava uma enfermaria de partos³⁰⁸. Desta forma, não restavam muitas alternativas aos médicos para o aprendizado além do auxílio ao parto de escravas e outras mulheres em estado vulnerável³⁰⁹. Além disto, coletar informações de dificuldades no momento do nascimento era algo considerado importante para a constituição daquele campo de estudo. Casos relacionados a partos difíceis ou enfermidades do sistema reprodutivo feminino foram publicados nos periódicos médicos. A descrição destes casos extraordinários de partos, assim como o treinamento da prática de partejar, foi possível graças ao acesso ao corpo das escravas e pretas livres ou forras.

O cirurgião João Alves Carneiro relatou alguns casos atípicos relacionados à saúde da mulher. Comunicou à academia como efetuou o parto de uma “preta de nação Calabar escrava de outra”, que sofria de um estreitamento congênito da vagina. Segundo o relato, ela teria sido “forçada por um caboclo em um lugar solitário” e, por receio ou vergonha, não comentara o ocorrido com sua senhora. Esta, sabendo da obstrução vaginal de sua escrava, quando percebeu o crescimento do ventre acreditou que ela sofria de alguma doença. Preocupada,

307 MOTT, Maria Lucia de Barros. *Madame Durocher, modista e parteira*. Estudos Feministas, n.1, 1994. P.111-116.

308 MOTT, Maria Lucia. *A parteira ignorante*. Revista estudos feministas, v.7, n.1, p.25 – 36. 1999.

309 MOTT afirma que tanto os alunos de medicina quanto as parteiras adquiriam prática com parturientes escravas, pretas livres e pobres. In: MOTT, Op.cit.1999. p.136.

administrou alguns remédios caseiros da classe dos chamados desobstruentes. Como este método não surtiu o efeito desejado, relatou o caso ao doutor Carneiro em uma ocasião em que veio à cidade. O cirurgião identificou a presença de uma prenhez e propôs que se fizesse a dilatação da vagina. De acordo com o exame, o médico relatou que ela estava tão obstruída que “apenas se observava no meio do septo obstruente um orifício do diâmetro de uma pequena ervilha”. O cirurgião iniciou o procedimento de dilatação com um corte de bisturi na parte superior. O corte assustou a paciente, impedindo a continuidade da pequena cirurgia com a realização do corte na parte inferior. Por isso o Dr. Carneiro resolveu adiar o restante do procedimento, que teve lugar no dia do parto. A escrava teve um bom parto e o ilustre membro da Academia encerrou sua comunicação explicando que, apesar da obliteração existente, havia comunicação entre os órgãos, o que possibilitaria chegar ao útero uma pequena porção de “humor fecundante”.

É interessante perceber o cuidado do cirurgião com a sensibilidade da paciente, mesmo ela sendo uma escrava de outra escrava. O relato nos sugere que o atendimento foi feito em uma consulta particular com o cirurgião e não a partir de um tratamento no hospital da Santa Casa³¹⁰. Possivelmente parte daí o respeito pelo “susto” da paciente. Soma-se a isto a possibilidade da preta de nação Calabar não ter permitido a continuidade do procedimento, pelo incômodo do mesmo ou pelo constrangimento ocasionado por aquela situação. Os limites para o respeito pelo corpo da escrava também eram estabelecidos pela por sua relação com o médico. Neste caso, era uma escrava em uma consulta particular.

310 Durante este período o hospital da santa casa não possuía leitos dedicados as parturientes. Somente em 1847 a Santa Casa obteve uma enfermaria dedicada aos partos. A exceção era a roda dos expostos, que possuía um quarto especial para realização de partos realizados pela parteira francesa Stephanie Marie Warmont. In: Mott, Op.cit.1999. p. 216.

Uma situação diferente da maioria dos casos descritos no *Semanário de Saúde Pública*.

Apesar da peculiaridade do fenômeno, o cirurgião narrou um caso similar de obstrução de útero de uma “rapariga parda clara” de 16 anos. Neste caso a obstrução era completa, pois impossibilitava a expulsão do fluxo menstrual, o que fez crescer-lhe o ventre, causou debilidade geral, magreza, dispnéia, e um “aborrecimento para tudo”³¹¹. O tratamento foi semelhante ao aplicado à escrava grávida, obtendo o mesmo sucesso. O fato relevante é a procura pelo cirurgião para casos considerados de difícil resolução envolvendo a saúde da mulher. Apesar dos médicos produzirem muitas teses sobre partos, os casos apresentados nos periódicos da academia eram relacionados a dificuldades em situações bem específicas, casos raros de gestação múltipla ou ainda situações insólitas. Carneiro protagonizou uma das mais inusitadas cirurgias entre as descritas no *Semanário de Saúde Pública* relacionadas à gestação.

O cirurgião recebeu para tratamento Venância, uma escrava “parda escura” com cerca de 30 anos. Segundo o relato feito por sua senhora, ela padecia a cerca de dois anos de incômodos e inflamações no ventre. Ela queixava-se de dificuldades de evacuar e sentia que algo a feria internamente. Em seu exame, o facultativo verificou que o ventre estava muito volumoso, o útero grosso e a doente muito fraca e definhando. Ao explorar o reto, sentiu “um corpo de consistência óssea” perto do esfíncter. Com muita dificuldade extraiu com o auxílio de uma pinça um objeto que julgou ser uma omoplata. Esta ação causou grande sofrimento à paciente, de tal forma que ela não consentiu uma “nova diligencia naquela ocasião”. Assim, para dar andamento ao tratamento da

311 SSP n.13, 1831.

paciente, foi necessário dividir todo o processo em diversas consultas, pois em cada sessão, a retirada dos ossos causava ferimentos e dilaceração no intestino, o que era muito doloroso e mortificante para a escrava. O martírio de Venância durou três meses. Por meio de um saca-bala, o cirurgião-mor da Santa Casa extraiu diversos ossos que compunham o esqueleto de um feto. Apesar do sofrimento causado pelas extrações, pouco a pouco a enferma foi se restabelecendo até ficar plenamente curada.

O cirurgião levantou algumas hipóteses para justificar o acontecimento. Aquela poderia ter sido uma gravidez extra-uterina ou ainda fruto de uma ruptura no útero, possivelmente do colo. Uma ulceração da vagina poderia também ter sido o motivo que levou à introdução dos ossos do feto no intestino reto. Apesar de suas conjecturas e de sua ação que salvou a vida da enferma, lamentou-se de ter tomado conhecimento do caso tardiamente, pois se tivesse observado a paciente desde o princípio, obteria mais dados para chegar a informações mais precisas.

Os procedimentos realizados neste caso foram extremamente invasivos se compararmos com um atendimento comum a uma mulher. Como podemos observar nos casos relatados pelo cirurgião, era muito tênue a fronteira entre o exame médico e a invasão do corpo feminino. De tal modo que, para continuar cuidando daqueles casos, ele precisou estabelecer uma negociação com suas pacientes, respeitando seus limites físicos e morais. Nos três casos citados podemos perceber também que nenhuma das mulheres foi levada para uma consulta sobre algum aspecto da reprodução feminina, todas procuraram o médico por desconhecer a causa de seus males, somente no gabinete do Doutor é que descobriam que seu problema estava relacionado à reprodução.

Percebemos também que a busca pelo auxílio médico era o último recurso que alguém pobre e simples poderia ter.

O costume de evitar procurar um médico até o último instante frequentemente elevava a dificuldade do parto ou qualquer outro tipo de tratamento a níveis maiores de risco. No caso da parturiente, um procedimento difícil e demorado poderia levá-la a cometer atos extremos que dificultariam ainda mais o parto. Um dos acidentes mais indesejados era a ruptura de útero. Este assunto foi tema de uma memória escrita pelo Dr. Luis da Cunha Feijó e entregue à Academia Imperial de Medicina³¹². A memória está dividida em duas partes, a primeira consiste em um estudo sobre o tema, apresentando os trabalhos mais importantes como o *Précis de l'art des accouchements* de Michel Chevreul (1754-1845). Entretanto, ela parece uma introdução à segunda parte da memória que trata da observação do caso médico de forma bem detalhada. A paciente era a “preta Felicidade, de nação Cabinda”, 35 anos, escrava do Dr. De-Simoni, a quem o Dr. Feijó chamou de “amigo e honrado colega”. A escrava teve vários partos e quase todos os bebês nasceram mortos, com exceção de um que nasceu aos sete meses e sobreviveu.

O médico foi chamado para fazer o parto após um grave incidente. Felicidade entrara em trabalho de parto no dia 16 de fevereiro de 1846, “com dores muito energéticas, que obrigavam a parturiente a violentos esforços para desembaraçar-se.” Ela permaneceu em trabalho de parto durante dois dias, sentindo fortes dores até que, com a intenção de agilizar o parto e dar fim ao seu

312 FEIJÓ, Luis da Cunha. *Breves considerações acerca das rupturas do útero durante o trabalho do parto, seguido da importante observação d'um caso, em que existia, além das causas communs de tal accidente, um vício da bacia não descrito pelos autores*. In: *Annaes de Medicina Brasiliense* vol. 4. 1848. p. 63-68; 109 – 112.

sofrimento, atirou-se com o ventre voltado para o chão. Seu ato desesperado rendeu-lhe fortes dores, segundo a escrava, comparadas ao ardor de pimentas, por todo o abdômem. Quando chegou ao local, o médico encontrou a mulher deitada e inconsciente com as pálpebras entreabertas e “olhos embaciados”, pulso fraco, membros frios e banhada em suor. Os sinais que observou na doente indicavam hemorragia interna. Ele logo iniciou os procedimentos para extrair a criança. Segundo seu relato, enfrentou grandes dificuldades por conta da formação estreita da bacia da parturiente e do volume do feto. Com o objetivo de salvar a criança, fez um cuidadoso e demorado parto utilizando todos os meios disponíveis. Apesar de seus esforços, o feto já se encontrava sem vida.

Efetou a autópsia 20 horas após a morte da escrava. Estava mais interessado nos fenômenos que ocasionaram as dificuldades do parto do que propriamente em estabelecer a *causa mortis*. A narrativa do caso foi construída de forma a acumular argumentos que reforçassem a idéia do médico sobre a constituição física da parturiente, que tornava quase inviável a concepção. As informações sobre os diversos partos de feto sem vida, a descrição do sofrimento da escrava em sua longa e dolorosa espera pelo momento de dar a luz, o desesperado impulso na ânsia de abreviar suas aflições e as dificuldades para extrair o nascituro do ventre da mãe já considerada sem vida, conduzem a uma argumentação em defesa da existência de uma deformação na bacia que impossibilitou à escrava ter sucesso na maioria de seus partos. O único dos filhos que nasceu com vida veio ao mundo de sete meses. O tamanho reduzido do feto, ainda em desenvolvimento, foi suficiente para que pudesse passar pela cavidade reduzida. Desvantagem que lhe poupou do desafortunado destino de seus irmãos.

Enfim a concorrência de dois fatores principais relacionados à anatomia da parturiente: o “vício da bacia no estreito superior” e a junção das duas últimas vértebras lombares foram apontados pelo médico como as causas principais que explicavam o fenômeno e seu trágico desenlace. O médico justificou sua narrativa à academia pela inexistência na literatura da observação de casos com aquelas especificidades anatômicas:

A respeito da disposição das vértebras lombares não posso passar sem fazer observações que não encontrei notícia alguma dela em muitos autores, que de propósito consultei. E isto é tanto mais sensível quanto se vê que este vício pode induzir a erro o prático na pelvimetria; por quanto pensando achar o promontório sacro muito recuado, por isso não o encontra com a ponta do seu dedo, e julgando em tal caso a bacia muito apta para os partos.³¹³

Decerto, o alerta sobre o procedimento tornava relevante a publicação deste relato para o conhecimento de seus pares, que poderiam usar a observação como aprendizado e assim saber como proceder em casos semelhantes. A primeira informação que nos salta os olhos é que a escrava pertencia a outro renomado médico da corte, o dr. De-Simoni. Entretanto, o Dr. Feijó foi chamado para realizar o parto da escrava. Provavelmente a decisão de chamar o amigo tinha como critério a sua *expertise*: Feijó deveria ser à época o mais renomado entre os médicos que realizavam partos. Era professor da Faculdade de Medicina, lente da cadeira de partos, anos depois foi o primeiro médico brasileiro a realizar com sucesso uma cirurgia cesariana. Nesta situação, nos parece que o Dr. De-Simoni

313 AMB, vol. 4. 1848. p.111.

não poupava recursos para os cuidados médicos com sua escrava, tendo em vista que ele mesmo poderia supervisionar o parto. Entretanto, ao tornar-se um evento complicado e de risco, principalmente após o ato desesperado da escrava, resolveu recorrer ao amigo especialista em partos.

O Dr. Noronha de Feital publicou em outra ocasião no mesmo periódico observações sobre um tema importante para a obstetrícia: a hemorragia uterina. Em seu artigo, o médico descreveu dois casos, um destes o de uma “preta” moradora da Rua dos Ciganos, que apresentou hemorragia uterina após sofrer um aborto entre o quarto e o quinto mês de gestação. Após uma série de complicações decorrentes da aderência da placenta e tentativas sem sucesso de extraí-la, o médico resolveu aplicar na paciente 20 grãos de centeio espigado. Este tratamento surtiu o efeito desejado, pois foi capaz de expelir a placenta e a hemorragia cessou. Da mesma forma como a primeira paciente, o segundo caso dá conta de uma grávida aos 58 anos que teve hemorragias após a concepção. Para a qual receitou o centeio espigado, resultando na progressiva redução da hemorragia seguida da expulsão de coágulos.

Segundo o médico, seu objetivo com a publicação de suas observações era demonstrar a eficácia do centeio espigado para estancar hemorragias uterinas. O centeio espigado e uma substância derivada de um fungo do centeio, a ergotina, eram utilizados pelos médicos como método para aumentar as contrações, para expulsão do feto ou das “secundinas”, mas principalmente como hemostático. O remédio suscitava debates sobre sua capacidade de gerar contrações ou ainda se era prudente utilizá-lo durante o parto antes da saída do nascituro, tendo em vista que era um produto tóxico, o que poderia causar sofrimento e até a morte do feto. Sobre o centeio e a ergotina escreveram também o Dr. Pereira Rego e a famosa

parteira Madame Durocher. Nas discussões sobre o uso do canteio, alguns dos cirurgiões mais famosos do período eram citados, como Velpeau.

Ainda em favor do uso do hemostático, Feital citou o caso de um aborto provocado em uma escrava “que se achava em sua casa” e outro em que junto com o Dr. A. Costa empregou o remédio em uma mulher na rua do Hospício, “para produzir um aborto necessário”, cujo resultado foi a expulsão do feto e a cessação da hemorragia. Tais observações teriam para o médico “relevância científica” por demonstrar a eficácia de um produto que “por aqui tem encontrado detratores”.

A comissão de consultas gratuitas

A Sociedade de Medicina criou algumas comissões encarregadas de temas de particular interesse para seus membros. Quatro destas comissões eram permanentes e a escolha dos temas mostra a prioridade de ação dos médicos: Comissão de Moléstias Reinantes, Comissão de Vacina, Comissão de Salubridade Geral e Comissão de Consultas Gratuitas. A Comissão de Consultas Gratuitas era encarregada de manter uma enfermaria para atender aos doentes pobres. A criação de uma estrutura de atendimento às “classes pobres” está claramente em sintonia com uma noção de filantropia herdeira do iluminismo francês. Porém, onde germinava o senso humanitário e a preocupação com as condições de vida dos desvalidos, existia também o interesse no conhecimento dos males que acometiam a população e no desenvolvimento das práticas médicas através da observação e experiência:

“A comissão de consultas gratuitas, guiando-se pelos mesmos filantrópicos sentimentos que animam a Sociedade de que ela tem a honra de ser parte e tendo séria e refletidamente cogitado o melhor meio de bem preencher seus fins, julga conveniente ter em vista **não só a utilidade individual daqueles que procurarem seus conselhos, como o benefício geral que à humanidade e às ciências pode resultar de observações cuidadosamente colhidas, sobre casos instrutivos, que se lhe ofereçam dignos talvez de serem por ela comunicados à Sociedade**, para que esta, sujeitando-se ao cadinho da imparcial, escrupulosa e científica análise, lhes de a publicidade que convém a objetos de geral e humano interesse”³¹⁴.

Filantropia e observação médica não são práticas em oposição. Podemos encarar esta dinâmica contraditória da estruturação dos cuidados médicos aos pobres como Ilmar Mattos definiu a estruturação do estado imperial³¹⁵. Filantropia e “uso pedagógico” do corpo são dois lados de uma mesma moeda. A preocupação com a saúde, a disponibilização de atendimento, o interesse pelas doenças de pobres de uma maneira geral e dos escravos em particular e o uso de seus corpos para o estudo destas doenças, o comportamento do doente quando submetido a novos tratamentos e medicamentos, o uso de seus cadáveres para estudos anatômicos e estudo da dinâmica das doenças, são dois lados da moeda da institucionalização da medicina, quer seja para o avanço de seus conhecimentos ou para a popularização desta em detrimento das práticas populares de cura.

314Relatório da Comissão de consultas gratuitas da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. in: Semanário de Saúde, nº 15, 1831. p. 80

315MATTOS, Ilmar R. Op.cit. 1999.

No relatório da comissão de consultas gratuitas do ano acadêmico de 1831, podemos observar o amálgama entre filantropia e uso pedagógico do corpo escravo. É bem possível que esta comissão tenha prestado atendimento médico a muitos escravos, uma vez que em um ano (neste relatório) atenderam 217 enfermos. Em um dos casos “exemplares” escolhidos para estar no relatório, vemos o relato de maus tratos a uma escrava:

O outro caso de ferida contusa observado em uma preta, que dizem ter fugido, e a quem o bárbaro agarrador espancou de uma maneira criminosa, produzindo-lhe pelo corpo diferentes ferimentos, e para maior cúmulo de perversidade meteu-lhe anjinhos em ambos os dedos pollex, e os apertou de tal maneira, e por tanto tempo, que os tecidos de ambos cahiram em completa mortificação, deixando ver as falanges dos mesmos dedos. **A comissão ignora qual seja o resultado desta última observação**, contudo se persuade, que posto seja crível, que a miserável paciente exista com vida, contudo, esteve bem propensa a sucumbir, vítima de um tétano. Estes dois fatos, **bem como outros muitos idênticos que diariamente na prática se observam, fazem um belo argumento, para despertar as sábias vistas das autoridades legais, afim de não deixarem impunes semelhantes crimes**, porque enquanto a justiça dorme, a humanidade envolta em pranto enlanguece e geme”.³¹⁶

Nesta observação podemos perceber que interessou muito mais ao médico denunciar os maus tratos sofridos pela escrava do que criar uma narrativa do

316 SSP nº102 p. 344

tratamento do tétano. Os médicos que cuidavam de enfermarias onde escravos recebiam tratamento testemunharam o resultado dos maus tratos, o excesso de trabalho e das péssimas condições de vida (habitação, vestuário, alimentação).

As condições de vida dos escravos, os maus tratos de que eram vítimas e sobretudo o descaso de seus senhores podem ser encarados como os principais responsáveis por suas doenças. Mesmo os relatos médicos mais técnicos em que havia um esforço para ater-se à neutralidade e objetividade das ciências, deixavam aparentes algumas vezes a indignação com a situação miserável a que muitos escravos estavam sujeitos.

Considerações finais

A presença constante do escravo nas atividades cotidianas da cidade refletia-se também no cotidiano médico. Os cativos tiveram grande importância para o treinamento e ensino da medicina ao disponibilizar involuntariamente seus corpos nos leitos da Santa Casa. O estudo de suas doenças pelos professores das escolas de cirurgia e medicina, e utilização de seus corpos como material clínico para a investigação e aprendizado dos aspirantes à profissão nos permite confirmar a importância daqueles homens e mulheres para a produção do conhecimento médico e institucionalização da medicina.

Estabelecia-se desta forma uma relação ambivalente com os escravos enfermos, na qual ao mesmo tempo em que usufruíam dos cuidados e atenções por sua condição de paciente, eram também objeto de estudos, com o uso de seus corpos como objeto de testes, de novos tratamentos e remédios que se desejava anexar à farmacopéia nacional. Além da observação e acompanhamento dos escravos doentes nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia ser uma prática inerente ao treinamento da faculdade de medicina da corte, mesmo no *post-mortem* tinham um papel fundamental no ensino e na investigação médica: aqueles que sucumbiam sob os cuidados do hospital tornavam-se objeto de estudos patológicos a partir de dissecações cadavéricas, fundamentais também nas aulas de anatomia.

Os usos destes corpos “dóceis” estavam intrinsecamente ligados às atividades de treinamento profissional, bem como à produção e reprodução do conhecimento médico na Corte imperial. A constituição dos saberes e práticas de saúde foi viabilizada através da intercomunicabilidade de três espaços por onde circulavam os mais prestigiados doutores e cirurgiões da capital: A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Academia Imperial de Medicina. As atividades de ensino, os tratamentos de saúde e o desenvolvimento de estudos realizados a partir desta tripla institucionalidade, viabilizaram a produção e divulgação de um conhecimento médico com características específicas, a partir da identificação de questões de saúde locais. Neste contexto, o paciente escravo era o corpo ideal.

A investigação cuidadosa do paciente, atenta aos sinais fisiológicos em busca de um diagnóstico preciso, a descrição minuciosa do tratamento utilizado e, no caso de insucesso, um detalhado estudo anatomopatológico em seu *post mortem*, faziam parte do conjunto de práticas que validavam e construía o conhecimento médico coevo. O estabelecimento desta metodologia baseada na averiguação empírica sistemática do corpo humano foi fruto de um longo processo de mudanças na forma de produção do saber médico. Neste sentido, a coleta de evidências a partir da verificação e argüição da natureza assumia importância fundamental para a produção e validação do conhecimento sobre a saúde e a doença, a vida e a morte.

Este estudo nos mostrou que as relações entre médicos e escravos não poderia ser compreendida a partir de pressupostos maniqueístas. Nas enfermarias, salas de anatomia e mesas de dissecação, escravos africanos e crioulos e homens e mulheres livres contribuíram para a constituição do campo

médico. Por outro lado, os doutores possibilitaram cuidados de saúde para esta população, eventualmente denunciando as precárias condições de vida dos escravos. Ao estudar as moléstias dos escravos, buscavam meios de compreender suas doenças para combatê-las. A criação de novos remédios a partir da observação destes nos pacientes, também figurava entre os esforços daqueles profissionais em proporcionar tratamentos acessíveis às “classes pobres”.

Além da materialidade das relações entre médicos e cativos, formas de cura utilizadas pelos escravos foram apropriadas pela medicina. Ervas, óleos e outros tratamentos constituídos pela cultura escrava foram apropriados pelos médicos e “traduzidos” como ciência. Desta forma, podemos afirmar que as trocas culturais estabelecidas entre médicos e escravos foram para além do corpo.

Bibliografia

ABREU, Jean Luiz Neves, *Estudos anatômicos e cirúrgicos na medicina portuguesa do século XVIII*, 2007. REVISTA DA SBHC, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 149-172, jul | dez 2007

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. *Vida privada e ordem privada no Império*. In: *Novais, Fernando A. (org.) História da vida privada no Brasil*. vol. 2, São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ANDERSON, Benedict. *Nação e consciência nacional*. São Paulo: Ática. 1989.

ASSUNÇÃO, Paulo de. *A escravidão nas propriedades jesuíticas: entre a caridade cristã e a violência*. Acervo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, v. 15, n.1. 2002.

BARRETO, M.R.B. *A Bahia e a instituição da medicina acadêmica no século XIX*. In: PRIEGO, N.; LOZANO S.; *Paradigmas, culturas y saberes: La transmisión Del conocimiento científico a Latinoamérica*. Madrid: Iberoamericana. 2007.

BLAKE, Augusto Victorino Alves Sacramento. *Dicionário bibliográfico brasileiro*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1895 – 1900. vol. 1-7.

BRENES, Anayansi Correa. *História da Parturização no Brasil, Século XIX*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(2): 135-149, abr/jun, 1991.

CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das letras, 1999.

CHAME, M et. al.. *As Migrações Humanas e Animais e a Introdução de Parasitas Exóticos Invasores que Afetam a saúde humana no Brasil*. Fundamentos: Publicação da Fundação Museu do Homem Americano. nº 7, 2008.

CORBIN, Alain. *Dores, sofrimentos e misérias do corpo*. In: COURBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (coords.). *História do corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008

DEWHURST, K. *Gran Bretaña: el Vitalismo*. In: Entrealgo, P.L. *Historia Universal de La Medicina*. Barcelona, Salvat, 1973. Vol.5.p.71.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera: Recife, 1856*. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

DUBOIS, Laurent. *Luzes Escravizadas: repensando a história intelectual do Atlântico Francês*. Estudos Afro-Asiáticos, CEAA/UCAM, Ano 26, número 2, 2004.

EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 1999.

EDLER, Flavio. *Boticas e Pharmacias. Uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

EDLER, Flavio. *Opilação, hipoemia ou ancilostomíase? A sociologia de uma descoberta científica. Varia Historia*, n.32. 2004.

FAURE, Olivier. *O olhar dos médicos*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean – Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008.

FERREIRA, L. O. *Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos*. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

FERREIRA, L. O. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado, USP, São Paulo, 1996.

FERREIRA, L. O. *Uma interpretação higienista do Brasil imperial*. In HEIZER, Alda; VIDEIRA Antônio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

FERREIRA, L.O. *Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX*. Rio de Janeiro: Revista da SBHC, n.10, p.43-52, 1993.

FERREIRA, L.O.; EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. da. *A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no Século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino*. In: Dantes, M.A. (org.). *Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais*; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2002. 2 v. il.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro, Vício de Leitura. 2002.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde*. Uma história brasileira das doenças. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

FIGUERÔA, Silvia. *Para pensar a vida de nossos cientistas tropicais*. In HEIZER, Alda; VIDEIRA Antônio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

FLECK, Ludwik. *La gênesis y desarrollo de um hecho científico*. Madri: Alianza, 1986.

FREITAS, Octavio de. *Doenças africanas no Brasil*. São Paulo: Cia Ed. Nacional. 1935.

FRENCH, Roger. The anatomical tradition. In: In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.1

FREYRE, Gilberto. *Casa grande e senzala*. 35. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GELFAND, Toby. The History of the medical profession. In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.2

GILROY, Paul. *O Atlântico negro. Modernidade e dupla consciência*. Rio de Janeiro, Editora 34, UCAM, 2001.

GOMES, Flavio dos Santos [et al.]. *Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX*. São Paulo: Alameda, 2006.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. *Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago. 2005.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. 2003.

HALL, Stuart. *Da diáspora: Identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003

JORDANOVA, Ludmila, "Earth Sciences and environmental Medicine : the synthesis of the late Enlightenment", em L. Jordanova e Roy Porter (orgs.), *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*, Chalfont St. Giles, B.S.H.S., 1979.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850)*. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

KLEIN, Herbert S. *O Comércio atlântico de escravos: Quatro séculos de comércio escravagista*. Lisboa: Ed. Replicação. 1999.

KODAMA, Kaori. Antiescravismo e epidemia: "O tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela", de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. *História, Ciências, Saúde*. v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.515-522

KURY, Lorelai. Descrever a Pátria, difundir o saber. IN: _____. (org). *Iluminismo e Império no Brasil O Patriota (1813-1814)*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. pp. 141-178.

KURY, Lorelai. *Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações(1780-1810)*. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1):109-29, 2004.

KURY, Lorelai. *O Império dos Miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de Mestrado, UFF, Niterói, 1990.

LAWRENCE, Ghislaine. Surgery (traditional) in: In BYNUM, W.F.; PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge. 2001. v.2

LIMA, Silvio Cezar de Souza. *Determinismo biológico e imigração chinesa em Nicolau Moreira (1870 – 1890)*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

LOWY, Ilana. *Fleck e a presente história das ciências*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. I, número 1, 1994.

MACHADO, Roberto (et al.) *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições graal, 1978.

MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

MAIO, Marcos Chor. *Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX*. In: MONTEIRO, Simone. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MANDRESSI, Rafael. *Dissecações e anatomia*. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.J.; VIGARELO, G. *História do Corpo: Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, vol.I .2009, p. 411-440.

MANUPELLA, Giacinto. *Livro de cozinha da Infanta D. Maria*; códice português I.E.33 da Biblioteca Nacional de Nápoles. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda. Prólogo, leitura, notas aos textos, glossário e índices de Giacinto Manupella, 1986.

MARQUESE, Rafael Bivar. *Feitores do corpo, missionários da mente. Senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Companhia das letras, 2004.

MATORY, J. Lorand. “Jeje: repensando nações e transnacionalismo”. *MANA, Estudos de Antropologia Social*, v.5 n.1, Abril de 1999.

MATOS, Albano Mendes de. *Os produtos de origem animal na terapêutica de Amato Lusitano*. Cadernos de Cultura.n.12, Novembro. 1998.

MATTOS, Ilmar R. *Tempo Saquarema: a formação do estado imperial*. Rio de Janeiro: Acess. 1999.

MENDELSON, apud FIGUERÔA, Sílvia. *Para pensar a vida de nossos cientistas tropicais*. In HEIZER, Alda; VIDEIRA Antônio Augusto Passos (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

MINTZ, Sidney; PRICE, Richard. *O nascimento da cultura afro-americana: uma perspectiva antropológica*. Rio de Janeiro: Pallas, 2003.

MOISÉS, Márcia Ribeiro. *Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII*. Almanack Brasiliense, n.02 Novembro 2005 pg. 66.

MORAIS, Rita de Cássia de Jesus. “*Nos verdes campos da ciência: a trajetória acadêmica do médico e botânico brasileiro Francisco Freire Alemão (1797-1874)*”. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-

Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz.
2005.

MOTT, Maria Lucia de Barros. *Madame Dorocheer, modista e parteira. Estudos Feministas*, ano 2, n.1, p.101-116, 1994

MOTT, Maria Lucia. *A parteira ignorante*. Revista estudos feministas, v.7, n.1, p.25 – 36. 1999.

MOTT, Maria Lucia. *Curso de partos: deve ou não haver parteiras*. Cadernos de Pesquisa, nº108, p.133 – 160, novembro, 1999.

PEREIRA, Julio César Medeiros da Silva. *A flor da terra*. Rio de Janeiro: Garamond. 2007.

PESET, Jose Luis. *Medicina y sociedade em la Francia del barroco*. In: Entrealgo, P.L. Historia universal de la medicina. Barcelona, Salvat, 1973. v.4

PESTRE, Dominique. *Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens*. Cadernos IG/Unicamp, Campinas, v.4, n.1, 1996.

PIMENTA, T. S. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828–1855)*. Tese de doutorado. São Paulo: Unicamp. 2003.

PIMENTA, T. S. *Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX*. In: CHALHOUB, S. et al. (Orgs). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003. p. 307-330.

PIMENTA, T. S.. *Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855*. In: *Dilene Raimundo do Nascimento; Diana Maul de Carvalho*. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity*. New York: Norton paperback. 1999.

PORTER, R.; VIGARELLO, G. *Corpo Saúde e Doenças*. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, vol.I .2009, p. 441 - 486.

PORTO, Ângela. *A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático*. Rio de Janeiro; Fundação Casa de Rui Barbosa (Papéis Avulsos, 7).

PORTO, Ângela. *O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 13, 2006.

RAMOS, Jair de Souza. *Dos Males que vem do sangue: as representações raciais e a categoria de imigrante indesejável nas concepções sobre imigração na década de 20*. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

RAMOS, Jair de Souza. *O Brasil sob o paradigma racial*. In: PENNA, Sérgio D. J. (Org.). *Homo brasilis: aspectos genéticos, lingüísticos, históricos e socioantropológicos da formação do povo brasileiro*. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2002.

REIS, J.J e SILVA, E. *Negociação e conflito.: a Resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

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

REIS, J.J. *O cotidiano da morte no Brasil Oitocentista*, In: ALENCASTRO, Luis Felipe. (Org.). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras, 1997, v. II.

RENZI, Silvia de. *Medical Expertise, Bodies, and the Law in Early Modern Courts*. Isis, 2007, 98:315–322.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII*. Almanack Brasiliense, n.02 Novembro 2005.

RODRIGUES, Claudia. *Lugares dos Mortos na Cidade dos Vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria municipal de cultura, 1997.

RODRIGUES, Jaime. *De Costa a costa: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro, 1780-1860*. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

ROHDEN, Fabíola. *Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução*. Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 1. sem. 2006.

ROSEN, Georges. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSSI, Paolo. *O nascimento da ciência moderna na Europa*. São Paulo: Edusc, 2001.

ROSSI, Paolo. *Os filósofos e as máquinas: 1400-1700*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. Volume 1. São Paulo: Hucitec/Edusp. 1979.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. Volume 2. São Paulo: Hucitec/Edusp. 1991.

SANTOS, Ricardo Ventura. *Da morfologia às moléculas, de raça a população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX* In: MAIO,

Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

SAVITT, Todd L. *Medical experimentation and demonstration on blacks in the Old South*. In: _____ *Race and Medicine in Nineteenth – and Early – Twentieth – Century America*. Ohio: Kent State University Press, 2007.

SCHÄEFER, Lothar & SCHNELLE, Thomas. *Los fundamentos de la vision sociológica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciência*. In: FLECK, Ludwik. *La gênesis y desarrollo de um hecho científico*. Madri: Alianza, 1986.

SCHIMIDT-NOWARA, Christopher. *A escravidão cubana, o colonialismo espanhol e o mundo atlântico no século XIX*. Estudos Afro-Asiáticos, CEAA/UCAM, Ano 26, número 2, 2004.

SCHWARCZ, Lilia. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870 - 1930*. São Paulo: Companhia das letras, 1993

SHAPIN, Steven. *A Revolução científica*. Difel, 1999.

SHEPPARD, Dalila de Souza. *A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870 – 1940. História, ciências, saúde – manguinhos*, vol. VIII n.1,172-192, mar-jun. 2001.

SILVA, Eduardo. *Barões e escravidão*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1984.

SILVA, Eduardo; Reis, João José. *Negociação e conflito: a resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

SKIDMORE, Thomas E. *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SOARES, Ubaldo. *A escravatura na Misericórdia: subsídios*. Rio de Janeiro, Fundação Romão de Matos Duarte, 1958.

SOMARRIBA, Maria das mercês O. *Medicina no escravismo colonial. Textos de sociologia e antropologia, n.1*. Belo Horizonte: Departamento de Sociologia da Fafich/UFMG.

SOUTO, Luiz Felipe Vieira. *Soares de Meireles: contribuições para a sua biografia*. RIHGB, RJ, Imprensa Nacional, 1935.

STEPAN, Nancy Leys. *A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TAUNAY, Carlos Augusto. *Manual do agricultor brasileiro. (1ª ed. 1839) Rafael de Bivar Marquese (org.)*. São Paulo, Companhia das Letras, 2001.

TEULON, Augustin Albarracin. Sydenham. In: Entrealgo, P.L. *Historia universal de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1973. p. 297-317.

WISSENBACH, Maria Cristina C. 2002 Gomes Ferreira e os símplices da terra. In: Ferreira, L. G. *Erário mineral*. vol. 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Centro de Estudos Históricos e Culturais, Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fontes

Periódicos médicos

(todos publicados no Rio de Janeiro)

Anais brasilienses de medicina (1849-1850)

Anais de medicina Brasiliense (1845-1848)

Diário de Saúde (1835-36)

Propagador das Ciências Médicas (1827-28)

Revista Médica Brasileira (1841-43)

Revista Médica Fluminense (1835-41)

Semanário de Saúde Pública (1831-33)

Fontes impressas citadas

ALLEMÃO, Antônio Freire. *Trepanação praticada com feliz resultado. Observação do Sr. Antônio Freire Alemão, 1º Cirurgião Interno do Hospital da Misericórdia.* SSP, nº 15, 1831.

Carta do Sr. Victorino Ventura Pinheiro remetendo amostras de quatro qualidades de óleos extraídos por ele do Croton Tiglium, Joannesia Princeps, Nós da Índia e Hera Coral. Semanário de Saúde Pública, n.54, Janeiro de 1832.

CARVALHO, Manuel Feliciano Pereira de. Operações praticadas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia nos três primeiros meses do corrente ano. Revista Médica Fluminense. vol. 2 , n. 2. 1836.

Extratos do relatório do provedor da santa casa de misericórdia com algumas notas. Revista Médica Fluminense. vol.5, n.6, setembro, 1839.

FEIJÓ, Luis da Cunha. *Breves considerações acerca das rupturas do útero durante o trabalho do parto, seguido da importante observação d'um caso, em que existia, além das causas communs de tal accidente, um vício da bacia não descrito pelos autores.* In: Annaes de Medicina Brasiliense vol. 4. 1848. p. 63-68; 109 – 112.

GOMES, Bernardino Antonio. *Memória sobre a virtude toenifuga da romeira.* Lisboa, Typ. Ac. Real das Sciencias.1822.

IMBERT, Jean-Baptiste Alban *Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre a enfermidade dos negros generalizado às necessidades de todas as classes.* Rio de Janeiro: s.n. 1839.

Indicações que se devem ter presentes para que as experiências que se fazem em clínica médica, produzam os efeitos desejados na terapêutica. Artigo traduzido do Boletim de medicina, cirurgia e farmácia de Madrid (30 de Julho de 1841) por J. M. do Rosário. Revista Médica Brasileira, vol. I, nº 12, Abril de 1842.

JOBIM, J. M. da C. *Exame das amostras das drogas medicinais enviadas de Porto Alegre, pelo Sr. Lourenço Junior de Castro, lido na Sociedade de Medicina na Sessão de 16 de Outubro de 1831.* Semanário da Saúde Pública n.30, 1831. p. 156

JOBIM, J.M.da C. *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro. Revista Médica Brasileira*, Vol 1, 1841, pp 294-313; 345-360.

LAEMMERT, Eduardo. *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Província do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert. 1851. p.293.

LANGAARD, T.J.H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular.*, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia. 1865.

LANGAARD, Theodoro J. H. *Novo formulário médico e pharmaceutico*. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert. 1868.

LOBO, Roberto Jorge Haddock. *Reflexões acerca da mortalidade da cidade do Rio de Janeiro em todo o anno de 1847*. Annaes de Medicina Brasiliense v.3 n. 10 .1848.

LOBO, Roberto José Haddock. *Resumo estatístico da clínica cirúrgica da escola de medicina dirigida pelo Sr. Dr. Candido Borges Monteiro, no ano letivo de 1844 na 1ª enfermaria de cirurgia do hospital da Santa Casa de Misericórdia*. In: Annaes de Medicina Brasiliense V. 1 1845.

MEIRELLES, J.C.S. de. *Ensaio sobre o uso do óleo de Joannesia*. Semanário de Saúde pública, v.1 n.4. 1831.

MOURA, João Alvares. *Observações Sobre o uso de um óleo mui eficaz para favorecer e promover a erupção das pústulas variolosas, quer nos casos de erupção incompleta, ou viciada, quer nos de repercussão*. Revista Médica Fluminense. vol.4 n.1

REGO, José Pereira. *Algumas reflexões sobre o acréscimo progressivo da mortandade no Rio de Janeiro*. Annaes Brasilienses de Medicina. 6º ano, vol. 6. n. 2. 1850.

REGO, Jose Pereira. *Pericarditis chronica, hypertrophia do ventrículo esquerdo com estado cartilaginoso de huma das válvulas ventrículo aorticas*. Observação colhida na Clínica do Sr. Dr. Valladão no Hospital da Misericórdia. RMF vol. 6, n.7. outubro de 1840.

SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SIGAUD, J.F.X. *Os remédios da moda e a moda dos remédios*. Diário de Saúde. n.4, 1835.

SILVA, Antônio de Moraes. *Diccionario da língua portugueza*. Lisboa: Officina de Simão Thaddeo Ferreira 1789.

SILVA, Joaquim José da. *A Elephantiasis dos gregos*. Tese apresentada à faculdade de medicina do Rio de janeiro, 1847.

TAUNAY, Carlos Augusto. *Manual do agricultor brasileiro*. (1ª ed. 1839) Rafael de Bivar Marquese (org.). São Paulo, Companhia das Letras, 2001.

TEUSCHER, Reihold. *Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos em fazendas de café*. Tese apresentada à faculdade de medicina do Rio de janeiro, Rio de Janeiro, 1852.

WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. *Memória sobre a fundação e custeio de uma fazenda na província do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. Laemmert. 1847