

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

**DAIANE SILVEIRA ROSSI**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE E À POBREZA NO INTERIOR DO SUL DO  
BRASIL (1903-1913)**

**Rio de Janeiro,**

**2019**

**DAIANE SILVEIRA ROSSI**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE E À POBREZA NO INTERIOR DO SUL DO  
BRASIL (1903-1913)**

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<sup>a</sup>. Dra. Gisele Porto Sanglard

Rio de Janeiro,

2019.

**DAIANE SILVEIRA ROSSI**  
**ASSISTÊNCIA À SAÚDE E À POBREZA NO INTERIOR DO SUL DO BRASIL**  
**(1903-1913)**

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.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Gisele Porto Sanglard (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientadora.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Laurinda Abreu (Centro Interdisciplinar de História, Cultura e Sociedades da Universidade de Évora) – Coorientadora

---

Prof. Dr. Flávio Madureira Heinz (Departamento de História e Relações Internacionais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Luís Augusto Ebling Farinatti (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Maria)

---

Prof. Dr. Renato Junio Franco (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense)

---

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

**SUPLENTES:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Tânia Salgado Pimenta (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Paula Korndörfer (Programa de Pós-graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos)

Rio de Janeiro,

2019.

Ficha Catalográfica

---

R831a Rossi, Daiane Silveira.

Assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil (1903-1913)  
/ Daiane Silveira Rossi. – Rio de Janeiro : s.n., 2019.  
254 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação  
Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019.  
Bibliografia: 233-252f.

1. Assistência à Saúde - história. 2. Pobreza. 3. História do Século XX.
4. Brasil.

CDD 362.10981

---

*À memória de minha vó, Geni Farias Rossi.*

## AGRADECIMENTOS

Chegado o momento de agradecer, penso em cada pessoa e cada instituição que foram importantes para a conclusão dessa tese. Embora o processo da escrita seja muito solitário e nos faça entrar “na caverna”, sua conclusão só foi possível porque tive ao meu lado amig@s, familiares e orientadora que me ampararam durante toda trajetória.

Minhas considerações à CAPES pelo financiamento da pesquisa através da bolsa de demanda social de doutorado e da bolsa de sanduíche (PDSE), que me permitiu residir durante 4 meses em Portugal, sendo um divisor de águas fundamental na minha trajetória acadêmica e pessoal. Ressalto a importância das políticas de incentivo à ciência e à ampliação das pós-graduações do governo Lula e Dilma, sem as quais não teria sido possível a realização dessa tese.

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz, através da Casa de Oswaldo Cruz, por ser uma instituição referência que aprovou meu projeto de tese e ao longo dos quatro anos prestou todo tipo de apoio. Da reprografia à coordenação, na COC somos acolhidos e todos os profissionais envolvidos têm na empatia com os alunos sua principal característica. Um abraço muito especial ao Sandro, Paulo, Maria Claudia e Amanda, por toda atenção, apoio e respostas rápidas sempre. Meu muito obrigada aos professores da Casa, em especial a Gilberto Hochman, o primeiro a me incentivar a fazer a seleção, e os demais que tive o privilégio de ser aluna: Gisele Sanglard, Tânia Pimenta, Luiz Otávio Ferreira, Marcos Cueto, Dilene Nascimento, Nara Azevedo, Tamara Rangel, Rômulo Andrade, Luiz Antônio Teixeira, Ana Venâncio e Maria Raquel Fonseca. Além disso, agradeço o apoio que a FIOCRUZ presta aos estudantes estrangeiros e de fora do estado do Rio de Janeiro, o qual colaborou para que eu conseguisse residir no alojamento do Centro de Referência Hélio Fraga durante praticamente todo período do doutoramento.

Minha gratidão aos professores que aceitaram participar da banca dessa tese, seletivo grupo de doutores especializados em história das elites e da assistência, Renato Franco, Luís Augusto Farinatti, Flávio Heinz e Luiz Otávio Ferreira. Tenho certeza que suas considerações serão fundamentais para a boa conclusão dessa pesquisa. Agradeço em especial a professora Laurinda Abreu minha co-orientadora durante o período que estive na Universidade de Évora e que continuou me orientando até o final deste trabalho. Suas palavras de incentivo à pesquisa e esclarecimentos sobre a historiografia da pobreza foram inspiradoras à realização desse trabalho, além de seu carinho e atenção comigo em Portugal e no sempre pronto apoio para tratar de todas as burocracias a que brasileiros e portugueses adoram enfrentar!

E a minha orientadora, professora e amiga Gisele Sanglard.. Gisele, me faltam palavras – e isso não é clichê – para te agradecer. Se um dia, quando eu estiver atuando na prática docente, eu for

metade do que tu és, serei uma grande pessoa e profissional. Obrigada pelo amparo, em todos os aspectos, desde a leitura atenta da tese, até os telefonemas e reuniões que, muitas vezes, eram apenas para uma conversa aleatória sobre a vida. Obrigada por estar comigo desde o primeiro dia que coloquei os pés nessa cidade com o objetivo de ingressar na Fiocruz. Você apostou em mim, acreditou que era possível, me indicou caminhos e abriu às portas da sua casa e da sua família para mim. Me “entregou” a Lolo para que eu relaxasse um pouco num final de semana em Ipanema. Serei sempre grata a essa pessoa de olhar tranquilo, que transmite tanta segurança e carinho.

Meu agradecimento especial a Gabriela Rotilli, Izadora Dorneles e Felipe Farret pela transcrição das fontes do Hospital de Caridade. A Gabi também agradeço pelas trocas tão ricas sobre a pesquisa. Sem a ajuda de vocês este trabalho não teria sido possível.

Os laços afetivos que construímos ao longo do doutorado são muitos, além de professores que se tornam amigos, também tive a sorte de encontrar colegas muito especiais que levarei para a vida: Benedito Barbosa, Igor Nazareno, Lidiane Ribeiro, Elizabete Delamarque e Eliza Toledo.

E também teve aquela colega que nos primeiros dias de aula nem olhava na minha cara, mas que depois se tornou a melhor amiga que a tese poderia ter me proporcionado: Thayane Oliveira. Thay, você me convenceu a trocar Copacabana por Curicica, me fez ir em baile funk, me tirou de casa para ir à praia, aos bares, ao cinema ou simplesmente ao Mundial. Esteve do meu lado em cada dia nesses quatro anos, seja quando estávamos no quarto ou através de um SMS e uma mensagem no Whatsapp, você se fez presente, me ajudou, chorou comigo, leu meu texto várias vezes, fez críticas, puxou minhas orelhas e fez cuscuz para mim. “Muulher, valha meu Deus”, obrigada por tudo!

A oportunidade de residir no alojamento da Fiocruz, em Curicica, é uma experiência única por vários motivos. O primeiro deles é por conhecermos realmente a “cidade maravilhosa”, a realidade da maioria dos cariocas que vivem em comunidades, ampliando a nossa visão sobre o que significa viver no Rio de Janeiro com todos os problemas sociais que enfrenta. Porém, ao compartilharmos apartamento nos tornamos uma família, composta por pessoas dos mais diversos países e estados. Foi um privilégio enorme e eu aprendi muito convivendo com mineiros, piauienses, goianas, colombianas, catalãs, moçambicanos, cabo-verdianos, angolanos, paulistas, norte-rio-grandenses, fluminenses, maranhenses, alagoanos e baianos. O futebol compartilhado, especialmente, com meus amigos Jeronimo Langa, Deivson Mendes, Mário Cañon, Fabião Meque e os companheiros da equipe de manutenção foi um dos meus melhores refúgios nessa loucura que é escrever uma tese. Quando me referi a família, quis dizer aquelas pessoas que estão conosco em todos os momentos, compartilhando refeições e novelas, oferecendo o ombro para chorar, dividindo a ceia do Natal e o churrasco de domingo, além dos meninos do futebol, em Curicica ganhei amig@s

para a vida toda: Lucindo Pina, Romão Araújo, Ramon Souza, Mariana Salvador, Avohanne Costa e Thaynara Flor. Agradeço pelo riso solto de Laila Pedrosa, por quem tenho um carinho de mana mais velha e quero sempre que possível ajudar e proteger, mesmo que seja só com um chazinho de camomila. Minha gratidão a Liliana Gomez, uma irmã que o alojamento me deu, obrigada por cada dia compartilhado, Lili! Obrigada por compreender meu estres, sobretudo nessa reta final, por ser sempre um ponto de apoio, com as palavras certas na hora certa. Colômbia é logo ali e iremos nos encontrar muito ainda por esse mundão à fora.

Não posso deixar de mencionar aquela pessoa que mal falava português, que eu “ensinei” as vogais e que até hoje não sabe pronunciar meu nome, mas que tem uma importância enorme para mim: Carla Calvò Tussel. Obrigada por estar comigo num dos piores momentos que passei no Rio de Janeiro, por ter sido a força que eu precisava naquele período, por ter ido até Lisboa me encontrar e por continuar presente na minha vida, de uma forma ou de outra, mesmo que do outro lado do Oceano. *Te extraño, gordita estimat!*

Desde o momento que desembarquei no Santos Dumont, minha família carioca esteve ao meu lado: Priscila, Jerrilandy, Valéria e Pedro. Eles, literalmente, abriram as portas de casa para me receber, me ajudaram a encontrar um lugar para morar, fizeram minha mudança, me amparam nos almoços de domingo, nas trilhas (Jerry, claro..), me emprestaram a cama (Obrigada, Val) e compartilharam comigo as melhores cervejas. Pri, o tanto que eu te amo e o quanto você é importante para mim não cabem nesses agradecimentos!

Também no Rio, conheci pessoas que dividiram comigo parte dessa trajetória, que me deram todo o amor e carinho e com quem compartilhei momentos muito importantes. A Karine, agradeço pela paciência e o amparo durante quase dois anos de convivência diária. Minha gratidão também a Valetina, por todas as vezes que parou para conversar comigo ou dedicou seu domingo ao preparo de um almoço especial para nós.

Mas nem só de Rio de Janeiro eu vivi nesses quatro anos, o Rio Grande do Sul também teve seu espaço. A grata surpresa que ganhei em 2015, Thaís Bender, obrigada pelo incentivo que sempre me transmitiu e, mais ainda, por ter compartilhado comigo o TRI da América! Um dia *legendário!!*

Agradeço imensamente a Maíra e ao Alexandre, por abrirem as portas da sua casa para mim, pelos cafés regados a dicas para melhor desenvolver esse trabalho.

Nas vezes que estive em Santa Maria, mesmo que por pouco tempo, sempre fui recebida com boa conversa, cerveja e excelentes pratos, na casa dos meus queridos Nika e Guto. Aliás, Nikelen Witter.. A primeira pessoa que ainda em 2010, quando encontrei as fontes analisadas nessa pesquisa, me disse “isso dá uma tese!”. E deu, está pronta e te dedico!

Em Santa Maria encontro refúgio e sou minha melhor versão ao lado de amig@s como Raíssa Xhabiaras, Clarissa Prestes e Victor Hugo Viana. Inclusive, Clarissa, companheira também em Lisboa, onde nos deliciávamos na Padaria Portuguesa! Além de termos dividido o quartinho da dona Cassilda, compartilhado água de coco em Copacabana e muitas conversas boas no ap da Duque. Tu e o VH são presentes, obrigada por tanto!

Um carinho muito especial a minhas primas Cinthia, Selena, Sianne, Grazielle e Ariane, por estarem do meu lado em tantos momentos dessa trajetória. Agradeço também a minha cunhada, Dara, pelo incentivo, sobretudo nessa reta final.

Por falar em apoio e fim de tese, muito obrigada a Kamylla, por ser o meu abrigo, entender minhas angústias, me acalmar com um sorriso e com tanto amor! Dividir contigo essa conquista é só o primeiro passo de tudo que ainda viveremos!

Enfim, minha gratidão aos meus pais, Marfisa e Iran, que, por mais difícil que tenha sido aceitar que a “guriuzinha” iria para tão longe, estiveram ao meu lado, apoiando de todas as formas, compreendendo as ausências e embarcando nos meus sonhos. Conseguimos, a filha de vocês agora é doutora! Dedico cada linha desse trabalho a vocês dois. Meu carinho especial aos meus avós, Marilene e Anselmo, que em todas as idas à Santa Maria me recebiam com churrasco e docinhos! Também a minha madrinha, Marise, pelo constante incentivo e por ter me proporcionado uma das melhores viagens em um momento tão importante! Agradeço também ao Dindo e a tia Silvana por todas as vezes que me esperaram com o mate pronto para conversarmos sobre a vida.

Agradeço pela vida do meu irmão Juliano, que nos deu um grande susto nesse período do doutorado, mas que hoje está mais forte do que nunca. A possibilidade de te perder foi o maior medo que já tive que enfrentar e qualificar a tese em meio a isso foi para te mostrar que não podemos desistir jamais daquilo que nos propomos a fazer.

Ao Jean, meu irmão e revisor dessa tese, agradeço pela leitura atenta, mas, principalmente, por ser meu melhor amigo, confidente e parceiro de *nerdices*, meu orgulho e inspiração!

A dedicatória dessa tese foi à memória da minha vó Geni, que não conseguiu ver a neta doutora, mas que, tenho certeza, de onde estiver, está vibrando por essa conquista, ao lado do vovô, do tio Amaro, da Bisa Tica, do Walter e de tantos outros que se foram cedo demais. Quando eu contei que iria morar no Rio, ela não entendeu muito bem o quão longe eu estaria, mas disse: “boa sorte, que Deus te ajude”. Eu guardo essas palavras para sempre, assim como o último mate, em frente à sua casa, antes de eu partir para Portugal. Obrigada por ser o principal motivo de eu amar estudar “os tempos antigos”. A sua história, de alguma forma, está expressa nessas linhas.

## RESUMO

Esta investigação pretende compreender como foi organizada a assistência à saúde e à pobreza no interior do Rio Grande do Sul durante a Primeira República, principalmente na cidade de Santa Maria entre os anos de 1903 e 1913. Nossas questões perpassam a análise da divisão das responsabilidades públicas e privadas no financiamento dos socorros prestados aos pobres, doentes e trabalhadores da região central do estado, além da interpretação dos discursos elaborados pela pobreza enquanto estratégia de sobrevivência. Identificamos, na fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria, o princípio da organização da assistência pública e privada na região, através da experimentação de um modelo já existente em Porto Alegre e implementado no interior, a partir da mediação de um médico local. Além disso, destacamos a importância de redes sociais que envolveram médicos, políticos e a sociedade civil na busca pela resolução dos problemas urbanos. Também nos interessa compreender a pobreza a partir de seus discursos e ações, bem como através das escolhas de quem prestava o auxílio. Entre as opções disponíveis, percebemos que a Intendência Municipal ocupou um importante papel nesse provimento. Ao construirmos um panorama da assistência, identificamos os critérios utilizados pelas diferentes instâncias envolvidas e as reivindicações dos próprios pobres. Portanto, entendemos a pobreza através de suas ações e estratégias enquanto uma categoria de análise social. Produzimos um discurso sobre o que era ser pobre no interior do Rio Grande do Sul por meio de fontes do hospital, da Intendência, do Governo Estadual e de jornais locais. Também investigamos a saúde daquela população, através da assistência aos doentes e aos trabalhadores rurais e urbanos de Santa Maria.

**Palavras-chave:** História da assistência; pobreza; Primeira República; Rio Grande do Sul.

## ABSTRACT

This research study aims to understand how the health and the poverty assistance was organized in the central region of Rio Grande do Sul during the First Republic, mainly in the city of Santa Maria between 1903 and 1913. Our questions go through the analysis of public and private division of responsibilities in the aid funding provided to poor and sick people, the workers from the central region of the state, besides the interpretation of the discourses elaborated by the poverty as a survival strategy. We have identified, in the foundation period of *Hospital de Caridade de Santa Maria*, the organization principle of public and private assistance in the region, through the testing of a model which already exists in Porto Alegre and was implemented out of the capital, after the intervention of a local doctor. Moreover, we highlight the importance of the social media which involved doctors, politicians e the civil society in the struggle for the urban problem solving. We are also interested in understanding the poverty based on their discourses and actions, as well as through the choices of those who provided the assistance. Among the available options, we realized that the Municipal Intendancy played a prominent role in this provision. As we build an assistance overview, we have identified the criteria employed by the different involved bodies and the claims of the poor. Therefore, we understand the poverty through their actions and strategies as a social analysis category. We produce a discourse about how a poor person was identified in the central region of Rio Grande do Sul based on the sources from the hospital, the Intendancy, the State Government and the local newspapers. We also have investigated the health of that population through the assistance to sick people and to the urban and rural workers of Santa Maria.

**Keywords:** History of assistance; poverty; First Republic; Rio Grande do Sul.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Mapa da Viação Férrea do Brasil (1900) .....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 2 - Mapa do Rio Grande do Sul atual, dividido por regiões. ....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 3 - Rede de sociabilidade da Fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria ....</b>	<b>104</b>
<b>Figura 4 - Anúncio de médico e espiritualismo, 1903 .....</b>	<b>186</b>
<b>Figura 5 - Anúncio de médico e operador, 1904 .....</b>	<b>186</b>
<b>Figura 6 - Anúncio clínica médica para senhoras, 1904 .....</b>	<b>186</b>
<b>Figura 7 - Mapa das linhas férreas do Rio Grande do Sul em 1913 .....</b>	<b>209</b>
<b>Figura 8 - Estação da VFRGS em Santa Maria no início do século XX .....</b>	<b>211</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - População de Santa Maria (1872-1920) .....</b>	<b>76</b>
<b>Gráfico 2 - Índice de aumento populacional (%) das cidades com hospital no RS .....</b>	<b>79</b>
<b>Gráfico 3 - Residência dos “Pobres” atendidos no HCSM (1903-1913) .....</b>	<b>167</b>
<b>Gráfico 4 - Classificação dos atendimentos no Hospital de Caridade (1903-1913) .....</b>	<b>170</b>
<b>Gráfico 5 - Classificação anual dos atendimentos no HCSM (1903-1913).....</b>	<b>172</b>
<b>Gráfico 6 - Origem dos classificados como pobres (1903-1913).....</b>	<b>179</b>
<b>Gráfico 7 - Sexo dos classificados como pobres (1903-1913).....</b>	<b>180</b>
<b>Gráfico 8 - Profissão dos pobres no geral e originários do “Rio Grande do Sul” .....</b>	<b>181</b>
<b>Gráfico 9 - Faixa etária dos classificados como pobres (1903-1913).....</b>	<b>185</b>
<b>Gráfico 10 - Doenças do público geral e dos pobres (1903-1913) * excluíram-se as causas ilegíveis ou não mencionadas .....</b>	<b>188</b>
<b>Gráfico 11 - Variação anual das doenças entre os pobres .....</b>	<b>189</b>
<b>Gráfico 12 - Cor dos pobres e militares (%) .....</b>	<b>203</b>
<b>Gráfico 13 - Extensão da linha ferroviária e número de trens circulando no RS .....</b>	<b>215</b>
<b>Gráfico 14 - Número de passageiros da ferrovia no RS (1892-1911) ).....</b>	<b>215</b>
<b>Gráfico 15 - Número de hospitalizações classificadas como “VFRGS” no HCSM (1903-1913) .....</b>	<b>216</b>

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1– Hospitais no Rio Grande do Sul até 1890.....</b>	<b>56</b>
<b>Quadro 2 - Despesas HCSM (1901-1913) .....</b>	<b>173</b>
<b>Quadro 3 - Receita HCSM (1901-1913) .....</b>	<b>176</b>

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1- Distribuição da riqueza por faixas de fortuna, em libras esterlinas inventários post-mortem de Santa Maria (1858-1889).....</b>	<b>72</b>
<b>Tabela 2 - Número de eleitores de Santa Maria, divididos por profissão (1903).....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 3 - Despesas da Intendência Municipal de Santa Maria com Assistência pública.....</b>	<b>109</b>
<b>Tabela 4 - Correspondências recebidas pela Intendência Municipal de Santa Maria relativo à assistência entre 1904 e 1909.....</b>	<b>119</b>
<b>Tabela 5- Diagnósticos das mulheres pobres no HCSM (1903-1913) .....</b>	<b>197</b>
<b>Tabela 6 - Principais doenças entre os militares (1903-1913) .....</b>	<b>206</b>
<b>Tabela 7 - Idade dos hospitalizados classificados como “VFRGS” .....</b>	<b>221</b>
<b>Tabela 8 - Residência dos hospitalizados classificados como “VFRGS” .....</b>	<b>222</b>
<b>Tabela 9 - Origem dos hospitalizados classificados como “VFRGS” .....</b>	<b>223</b>
<b>Tabela 10 - Diagnóstico dos classificados como “VFRGS” no HCSM (1903-1913).....</b>	<b>225</b>

**LISTA DE ANEXOS:**

<b>Anexo 1 - Hospital de Caridade de Santa Maria em 1914 .....</b>	<b>252</b>
<b>Anexo 2 - Praça da Matriz de Santa Maria em 1905 .....</b>	<b>252</b>
<b>Anexo 3 - Assistência Pública Municipal de Porto Alegre – 1898-1909 .....</b>	<b>253</b>

**LISTA DE SIGLAS**

- ACMEC – Arquivo Casa de Memória Edmundo Cardoso
- AHMSM – Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria
- AHPAMV – Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Velhinho
- AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul
- AN – Arquivo Nacional
- BN – Biblioteca Nacional
- CMEC – Casa de Memória Edmundo Cardoso
- CNAPP – Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada
- HCSM – Hospital de Caridade de Santa Maria
- VFRGS – Viação Férrea do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>xii</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>xiv</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>xv</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>xvii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. A CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E À POBREZA E O PAPEL DOS HOSPITAIS NO OCIDENTE</b> .....	<b>14</b>
1.1. A gestão da assistência: público, elites e capital social.....	15
1.2 As transformações nos Hospitais .....	24
1.2.1 As Misericórdias portuguesas .....	29
1.3 A assistência à saúde no Brasil: caridade e filantropia .....	32
1.3.1 Misericórdia de Salvador .....	35
1.3.2. Misericórdia do Rio de Janeiro .....	37
1.3.3. A filantropia e suas diferentes faces.....	40
1.4 A assistência nos interiores do Brasil.....	46
1.4.1 Rio de Janeiro.....	47
1.4.2 Minas Gerais .....	51
1.4.3 São Paulo.....	53
1.5 Introdução à assistência no Rio Grande do Sul .....	55
1.5.1 A Misericórdia de Porto Alegre .....	57
1.5.2 Para além das Misericórdias: as Sociedades de Socorros Mútuos .....	62
<b>2. FUNDAÇÃO DO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA: POLÍTICA, ELITE E SOCIEDADE</b> .....	<b>67</b>
2.1 Introdução à economia e à sociedade sul rio-grandense nos séculos XVIII e XIX.....	68
2.1.1 A formação e constituição da cidade de Santa Maria no século XIX .....	70
2.2 República e Federalismo: relações políticas e a saúde no Rio Grande do Sul .....	77
2.2.1 As constituições federal e estadual do início da República e suas implicações na saúde	81
2.3 Família, política e elite local: as bases para a fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria .....	95
2.4 Subvenções e financiamentos à assistência: as delimitações entre as esferas públicas e privadas .....	106

<b>CAPÍTULO 3 – OS POBRES DA INTENDÊNCIA .....</b>	<b>113</b>
3.1 Os pobres pagadores de impostos .....	114
3.1.1. “Estado de pobreza, velhice, doença e impossibilidade de trabalhar”: quem recorria à Intendência .....	115
3.1.2. A Décima Urbana.....	120
3.2 Pobreza meritória: imigrantes, pobres temporários.....	129
3.3 Alienados e indigentes miseráveis da Boca do Monte .....	139
<b>CAPÍTULO 4 - SOCORRER A POBREZA: A ASSISTÊNCIA PÚBLICA EM SUAS DIFERENTES ESFERAS.....</b>	<b>153</b>
4.1 Assistência Pública na Primeira República.....	154
4.1.1. Assistência Pública no Rio Grande do Sul.....	158
4.2. A administração da pobreza no Hospital de Caridade de Santa Maria .....	166
4.3 O perfil dos pobres do HCSM.....	179
4.3.1. Pobres doentes.....	188
4.3.2 As mulheres pobres .....	196
<b>CAPÍTULO 5. FERROVIÁRIOS E MILITARES .....</b>	<b>201</b>
5.1 Brigada Militar .....	202
5.1.1 Perfil demográfico dos hospitalizados da Brigada Militar .....	202
5.2 Ferroviários .....	208
5.2.1 A relação da VFRGS com o Hospital de Caridade de Santa Maria .....	212
5.2.3 Perfil dos ferroviários hospitalizados .....	220
5.2.4 Diagnósticos dos ferroviários atendidos no Hospital de Caridade de Santa Maria .....	224
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>227</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>232</b>
<b>Fontes documentais:.....</b>	<b>232</b>
<b>Fontes impressas:.....</b>	<b>236</b>
<b>Bibliografia: .....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>252</b>

## INTRODUÇÃO

A temática da pobreza, no Brasil, é um assunto recorrente entre os debates nas mídias sociais envolvendo políticos e a sociedade civil. Nas duas últimas décadas, a formulação de políticas sociais voltadas ao combate à miséria ganhou protagonismo no cenário federal, sobretudo a partir de 2003, com a transformação de um programa criado em 2001, o “Fome Zero”, em política de governo. Seus principais eixos de atuação baseavam-se no acesso à alimentação, geração de renda, fortalecimento da agricultura familiar e mobilização e articulação social, cujo objetivo era formular uma estratégia nacional de combate à pobreza. Dentre as diversas ações que o integravam, o “Bolsa Família” foi um dos que mais se destacou nesse cenário, enquanto estratégia para unificar as políticas de renda no país. De acordo com o Presidente da República na época, Luiz Inácio Lula da Silva, “a erradicação da fome e da pobreza é uma dessas metas [do Bolsa Família], que abrangem também distribuição e geração de renda, educação, saúde, meio ambiente e igualdade de gênero”<sup>1</sup>. Entre 2003 e 2013, mais de 14 milhões de famílias haviam sido beneficiadas com esse programa<sup>2</sup>.

Entretanto, desde 2016, com o encerramento das atividades do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, responsável por esses programas, e associada à crise econômica no país, algumas pesquisas têm apontado o retorno do crescimento da pobreza. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a crise e o avanço do desemprego fizeram o número de pobres aumentar em 2 milhões entre 2016 e 2017. Baseando-se na definição do Banco Mundial, em que são considerados pobres aqueles que vivem com até UU\$ 5,50 por dia, “havia 54,8 milhões de brasileiros nessa situação no ano passado (2017), ou 26,5% da população brasileira. Em 2016 eles eram 25,7%”<sup>3</sup>.

Adotar medidas e buscar soluções para diminuir o crescimento da pobreza no Brasil é um assunto que foi sendo debatido ao longo da história do país. Utilizando termos atuais,

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida ao Estadão. Disponível em <https://politica.estadao.com.br/blogs/radar-politico/passados-dez-anos-fome-zero-quintuplica-investimento-e-serve-de-modelo-para-outros-paises/> acesso em 01 de fevereiro de 2019.

<sup>2</sup> Dados disponíveis em <http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/> acesso em 01 de fevereiro de 2019.

<sup>3</sup> [https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/12/extrema-pobreza-aumenta-no-pais-indica-ibge.shtml?utm\\_source=twitter&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=twfolha](https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/12/extrema-pobreza-aumenta-no-pais-indica-ibge.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha) acesso em 01 de fevereiro de 2019.

os “indicadores sociais<sup>4</sup>”, como renda, local de moradia, mobilidade social, formas de trabalho e condições de vida, são utilizados para medir o quanto uma população está necessitada de auxílios e servem também para selecionar o público assistido e delegar sobre a quem recai as responsabilidades por eles. Historicamente, instituições públicas e privadas respondem à questão da pobreza, buscando soluções ou medidas de controle. Pensando sobre esses pontos, objetivamos refletir sobre o processo de seleção, responsabilização e adoção de medidas relativas à assistência à pobreza e à saúde no Brasil durante a Primeira República.

Nosso recorte espacial está centrado no interior do extremo Sul do Brasil, especialmente na região central do Rio Grande do Sul, na cidade de Santa Maria, distante cerca de 300km a oeste da capital, Porto Alegre e a, aproximadamente, 250km da fronteira com o Uruguai, cidade de Riveira, e a 390km de Paso de los Libres, na Argentina. Ao Norte, situa-se a cerca de 400km do Estado de Santa Catarina.

O interesse pela temática da saúde e da pobreza foi sendo amadurecido desde a graduação, quando no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), estudei o primeiro projeto de saneamento da cidade de Santa Maria, RS, nos anos 1910. No TCC investigamos parte da documentação relativa ao médico Astrogildo de Azevedo, no período em que fora Intendente Municipal (1916-1918) e nos chamava atenção a articulação entre a política e a medicina na adoção de medidas profiláticas, sendo uma das primeiras cidades do estado, para além da capital Porto Alegre, a pensar um projeto de saneamento. Na busca por fontes, encontramos um acervo na Casa de Memória Edmundo Cardoso (CMEC) composto por inúmeros documentos sobre a história da cidade e alguns de seus atores e instituições, entre eles, Astrogildo César de Azevedo e o Hospital de Caridade. Trata-se de alguns dos personagens centrais desta tese, o médico e o hospital, Astrogildo fora um dos responsáveis pela fundação desta instituição em Santa Maria, em 1903.

Após a conclusão daquela pesquisa, em 2013, iniciamos o mestrado e nossa principal questão era entender a partir de que momento os médicos passaram a atuar no interior do Rio Grande do Sul. Na dissertação intitulada “Ações de saúde pública em Santa Maria/RS na segunda metade do século XIX”, desenvolvemos a investigação através de uma visão mais ampliada sobre saúde pública, pautada em ações coletivas ou individuais visando

---

<sup>4</sup> Síntese dos Indicadores Sociais (SIS) utilizados pelo IBGE disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=o-que-e> acesso em 01 de fevereiro de 2019.

prevenir as doenças e higienizar os espaços. Nessa perspectiva, identificamos um conjunto de ações de saúde pública executadas em Santa Maria ao longo da segunda metade do século XIX, as quais entendemos que perpassaram pelo que chamamos de três estágios: pela responsabilidade religiosa, a partir da figura de um pároco local; pública, através da Câmara Municipal; e dos médicos, processos que não estiveram dissociados uns dos outros. Dessa forma, percebemos o poder de intervenção dos agentes públicos nas questões de saúde e higiene, as quais foram o plano de fundo de uma tentativa de organização dos costumes e dos ambientes urbanos, práticas recorrentes durante o Império brasileiro, quando as cidades e os grandes centros estavam em processo de estruturação de suas regras e espaços.

Para cada estágio envolvendo a saúde pública, desenvolvemos um capítulo. No primeiro, discutimos a transferência do cemitério da Igreja Matriz para fora do centro da cidade, o qual foi largamente pensado entre a igreja, sob a figura do pároco local, e o governo provincial, cujas justificativas centravam-se nas defesas do melhoramento da salubridade da cidade e, por consequência, da saúde da população. No segundo capítulo, investigamos o primeiro Código de Posturas de Santa Maria, de 1874, em que ficaram determinadas as regras para o asseio urbano e o controle da ordem cidadina. Em ambos os capítulos, mas especial no segundo, a figura dos médicos, gradativamente, apareceu com maior frequência nas fontes, o que nos levou à reflexão sobre como eles foram inseridos na tomada de decisões que implicaram em intervenções à saúde local. Assim, no último capítulo examinamos a chegada desses profissionais na cidade e como ganharam espaço em um ambiente predominantemente rural, cujas práticas de cura confiavam a boticários e curandeiras. Concluímos dessa análise, com base em fontes paroquiais (batismos, casamento) e testamentárias que os médicos passaram a ocupar local de destaque na cidade porque antes de serem profissionais, eram membros de famílias abastadas da região, os quais ocupavam os principais cargos políticos. Ou seja, o que garantiu aos médicos a ascensão local foram suas redes sociais, as relações que já possuíam pré-estabelecidas.

A partir da identificação das redes sociais que se conformaram a partir da atuação do primeiro santa-mariense diplomado médico a atuar na cidade, Pantaleão José Pinto, percebemos o investimento de uma família em diploma de ensino superior e a perpetuação dessa prática nas gerações seguintes. Na última década do século XIX, o filho homem mais velho de Pantaleão, Nicolau Becker Pinto, também concluiu os estudos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, indo atuar em Porto Alegre e, posteriormente, em Santa Maria.

E uma de suas filhas mulheres casa-se com o médico Astrogildo de Azevedo. Outro filho, Francisco Becker Pinto, diploma-se em Farmácia na capital federal.

Os personagens da família Pinto, Pantaleão, Astrogildo e Nicolau, que também foram grandes proprietários de terras na região, unem-se a políticos locais, como o Intendente Municipal, entre 1892 e 1900, membro do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), Francisco Abreu Vale Machado e juntos organizam a Sociedade de Caridade, em 1898, que daria origem, em 1903, ao Hospital de Caridade de Santa Maria (ver anexo 01). Confrontando as informações referentes às relações familiares, políticas e profissionais, verificamos, a partir da pesquisa realizada na dissertação, que era preciso avançar na análise dessas conexões para compreendermos a fundação de um hospital no interior do Rio Grande do Sul.

Inicialmente, ao propormos o projeto para elaboração dessa tese na Fundação Oswaldo Cruz, iniciada em março de 2015, objetivávamos analisar a criação do Hospital de Caridade de Santa Maria e como sua fundação fez parte de um processo de institucionalização da saúde e da medicina no Estado, durante a Primeira República. Após o contato mais direto com as fontes, através de uma breve análise da documentação do hospital, através de seu Livro de Registro de Entrada de Pacientes; da Intendência e do Estado, sobretudo através de correspondências e legislações; e, principalmente, após leituras mais específicas a respeito da História da Assistência, percebemos a necessidade de ampliar o campo de análise para uma compreensão do processo de interiorização da assistência no interior do Rio Grande do Sul. Ou seja, observar como a criação do Hospital de Caridade esteve articulada a um processo de ampliação das instituições hospitalares para além dos grandes centros comerciais e da capital. Dessa forma, procuramos demonstrar a fundação daquela instituição como um estudo de caso a respeito desse processo, relacionando as articulações entre o governo estadual, a intendência municipal, as elites locais e o público atendido.

Após essas mudanças no foco de investigação, os objetivos específicos da tese centraram-se na compreensão da relação público-privado da assistência à saúde durante a Primeira República, através da atuação de diferentes grupos sociais envolvidos: sociedade civil, sobretudo, as elites locais, homens e mulheres que se envolveram na fundação do hospital, por meio de estratégias de articulação política e recolhimento de donativos; Intendência Municipal e Estado, envolvidos através do provimento de subvenções, cuja

contrapartida do hospital seria a prestação de assistência pública aos pobres e o atendimento aos militares da Brigada; Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil, que concedeu empréstimo para a construção da estrutura hospitalar, o qual seria pago por meio do atendimento aos empregados da estrada de ferro; e, por fim, os médicos, através de sua Sociedade de Medicina, os principais mantenedores da instituição. Olhando apenas para esses grupos sociais envolvidos, podemos desmembrar vários questionamentos a respeito dos interesses e motivações para a criação de um hospital no interior. Percebemos uma demanda por cuidados com os trabalhadores da cidade, especialmente os ferroviários, através do convênio com a Compagnie; uma atenção voltada aos pobres, podendo-nos questionar sobre quem eram eles e o porquê tornaram-se público alvo do cuidado; presença marcante das mulheres atuando na formação de sociedades beneficentes voltadas a arrecadação de fundos ao hospital; além da análise de uma rede de solidariedade envolvendo médicos e políticos, grupos que muitas vezes se inter-relacionavam.

Durante o período em que realizamos o doutorado sanduíche na Universidade de Évora, em Portugal, entre abril e agosto de 2017, os avanços da pesquisa foram substanciais, destacando-se como um momento ímpar na nossa trajetória. Através da disciplina que cursamos, “Pobreza e marginalidade”, ministrada pela professora Laurinda Abreu e das constantes reuniões de orientações com a mesma, fomos instigadas a ampliar à perspectiva para análise do estudo específico sobre os pobres no interior do Rio Grande do Sul, a fim de identificarmos quais outros mecanismos foram utilizados por eles, para além do hospital, na busca pela sobrevivência e manutenção de seu status, para que não caíssem na miserabilidade. Ao retornarmos para o Brasil, voltamos aos arquivos de Santa Maria e Porto Alegre, nos quais encontramos uma vasta documentação com informações a respeito de pedidos de isenção de impostos sob alegação de pobreza. Unimos isso aos Livro de Registros do Hospital, onde havia um campo específico dedicado à classificação dos doentes e, entre elas, estava “pobres”. Assim, buscamos, sem abandonar os objetivos anteriores, compreender também quem o hospital e a Intendência classificavam como pobre e quais as estratégias desse grupo, considerando as opções disponíveis à assistência no interior do Rio Grande do Sul.

Dito isso, o problema de pesquisa desta tese consiste em entender a assistência à saúde e à pobreza em suas diferentes esferas: no âmbito público através do auxílio prestado pela Intendência; no privado, por meio de sociedades beneficentes; e na união entre público

e privado, com intermédio do Hospital de Caridade. Com isso, compreendendo o socorro aos pobres e suas estratégias de sobrevivência. Por outro lado, também analisamos como essa rede de apoio se configurou no interior do Rio Grande do Sul, através da gestão da indulgência urbana em um contexto no qual a fundação do hospital aconteceu no auge da explosão populacional em Santa Maria, no início do século XX. Além disso, visamos analisar os grupos envolvidos nesse processo e quais seus papéis no que diz respeito à filantropia, ao financiamento e ao público atendido no hospital que foi fundado em Santa Maria, em princípios do século XX.

Optamos por focar a análise entre os anos de 1903 e 1913, período que engloba a totalidade do primeiro livro de registros do Hospital de Caridade. Porém, ao longo do texto, fizemos avanços e recuos temporais para apresentarmos o processo em que nossa investigação estava inserida.

Utilizamos como método a redução de escala de análise. Ressalta-se que a variação da escala não significa apenas aumentar ou diminuir o tamanho do objeto, mas sim transformar a maneira de olhar para uma pesquisa. Segundo Revel (1998, p. 20) “a escolha de uma escala particular de observação produz efeitos de conhecimento, e pode ser posta a serviço de estratégias de conhecimento”. O que torna esta perspectiva relevante é a variação, não a escolha de uma escala particular, pois ela permite ao historiador interrogar o coletivo, a partir do sujeito; a sociedade, a partir do indivíduo; o determinismo, a partir da liberdade. Dessa forma, o princípio da redução de análise é compreender que não se trata de história local, ou individual, de um episódio ou algo singular. Pelo contrário, ela aborda a “história do grande” vista de perto, ou seja, foca em um contexto ou sujeitos específicos, sobre os quais se podem compreender as identidades dos grupos, o que constrói e desconstrói estas agregações, como são organizadas, etc. Ou seja, para a proposta dessa tese não se busca elaborar uma História da Assistência *em* Santa Maria/RS, mas objetiva-se responder questões gerais à temática a partir do estudo específico sobre o interior do Rio Grande do Sul.

A redução do foco de análise torna mais complexa a análise do social, pois possibilita o uso de variáveis mais numerosas e móveis. Através dela pode-se desnaturalizar o homogêneo, compreender as estratégias individuais e familiares, os conflitos, as negociações e, sobretudo, perceber o quanto isto está relacionado diretamente a um contexto mais amplo que congrega o espaço urbano ou rural, sendo este determinado pelas escolhas e orientações

que seus atores sociais o fazem. Por conseguinte, através deste processo experimental, é possível ter uma visão mais clara sobre a noção a qual Jacques Revel chama de “jogos de escala”, na qual é possível entender o mesmo agente em distintos cenários. Por exemplo, no caso dos médicos que ocupam posições políticas e agem também através de suas redes familiares.

Recentemente utilizada por historiadores, porém muito eficiente às análises em redução de escala, as redes sociais, ou “social network analysis”, surgiu no final da década de 1960 e marcou a Sociologia, sobretudo inglesa, mas chegou à História apenas nos anos 1980 e ainda hoje se debate sobre seus métodos. Boissevain (apud GIL, 2011) ressalta que a social network analysis não é uma teoria, ainda que existam implicações teóricas em sua constituição, ou seja, trata-se de um método.

Essa metodologia tem como objeto de análise as interações humanas. Sua preocupação central consiste nas formas de relacionamentos mantidos entre os agentes envolvidos e como estas relações podem interferir nos seus comportamentos e escolhas.

A partir desses esquemas de análise, torna-se possível compreender as interações entre um determinado grupo de indivíduos, sobretudo, se for levado em consideração o conjunto de laços que cada ator social mantém fora do espaço comum. Isto vai ao encontro do que Michel Bertrand, Sandro Guzzi-Heeb e Claire Lemercier chamam de “ênfase nos espaços informais”, significando um destaque às relações pessoais e na capacidade que os indivíduos possuem de construir seu próprio entorno. Estas estratégias colaboram para uma apreciação sobre o quanto os agentes influenciam para se desvendar as estruturas, baseadas em zonas de maior ou menor cooperação nos meios como atuam. Dessa forma, possibilita-se interações sobre o quanto as interações individuais atuam sobre os sistemas estudados (BERTRAND; GUZZI-HEEB; LEMERCIER, 2011).

Ainda Bertrand, Guzzi-Heeb e Lemercier (2011) apontam, principalmente, dois tipos de análises de redes que vem ocorrendo nos últimos anos. De um lado, os estudos que privilegiam a organização de um grupo ou um segmento da sociedade e que, a partir das redes, torna possível uma comparação através das relações; e de outro, análises mais narrativas, cujo foco são os espaços de ação, estabelecidos através de estratégias de indivíduos ou grupos. Em ambos os casos a temporalidade não é a mesma, assim como o status das relações. No primeiro tipo, as relações são meios fundamentais para mobilizar os

objetivos do grupo, enquanto que no segundo caso, estuda-se a ação em si e quais suas mobilizações.

Para que estas análises de redes sejam viáveis, é preciso extrair das fontes informações que tornem possível constituir a malha de relações pessoais. No entanto, conforme ressalta Bertrand, Guzzi-Heeb e Lemercier (2011, p. 8) “se não sabemos exatamente o que fazem os atores, podemos ao menos observar certas formas para tratar de construir, pelo menos, uma interpretação do sentido que as relações delineiam”. Por isto, o estudo das redes não é o fim de uma pesquisa, mas uma das ferramentas possíveis para investigar as hipóteses propostas (BERTRAND, 1999). Sendo assim, a metodologia de redes não será a única abordagem, mas um ponto de partida para que possam ser analisadas as complexidades imbricadas nas relações sociais entre o final do século XIX e início do XX, as quais deram origem ao Hospital de Caridade de Santa Maria e à rede de assistência à saúde e à pobreza.

Algumas pesquisas introduziram a temática do hospital e da medicina em Santa Maria entre fins do século XIX e início do século XX. Nikelen Witter (2001) embora abordando as práticas de cura no sul do Brasil durante a segunda metade do século XIX, que envolvia, sobretudo uma curandeira, mencionou a presença dos médicos na região a partir dos anos 1870, destacando, sobretudo, a importância de Pantaleão José Pinto no processo de ocupação do campo médico em Santa Maria.

Beatriz Weber (2000) introduziu os estudos sobre o Hospital de Caridade de Santa Maria ao tratar de sua fundação em comparação à Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre. Abordou as aproximações e características distintas entre essas instituições no que dizia respeito à organização hospitalar e às práticas de atendimento à saúde. Descreveu, brevemente, a estrutura física do hospital e destacou a participação de Astrogildo de Azevedo como importante profissional na cidade e exemplo do modelo que a medicina no Rio Grande do Sul gostaria de expressar, através de uma imagem baseada em abnegação e devotamento. Em outro momento, escrevendo em conjunto com Éverton Quevedo, mais uma vez Weber mencionou a existência do hospital ao abordar a situação sanitária da cidade nesse período, relacionada às discussões sobre medidas higiênicas direcionadas ao crescimento urbano local (QUEVEDO; WEBER, 2001).

Flávia Prestes, a partir dos livros de entradas de pacientes, em seus trabalhos monográficos, estudou a epidemia de peste bubônica em Santa Maria, em 1912, e o primeiro ano de funcionamento da instituição. Brevemente, pontou as principais doenças diagnosticadas entre 1903 e 1904, destacando a presença da gripe, sífilis e tuberculose. Também identificou o grande contingente militar atendido, temas que abordaremos ao longo dessa tese (PRESTES, 2010; 2013).

Assim, destacamos a importância Beatriz Weber e Flávia Prestes, historiadoras que estabeleceram os caminhos iniciais ao acesso do acervo do Hospital de Caridade. Trata-se de uma instituição privada, em funcionamento atualmente, e foram necessárias muitas reuniões até a diretoria compreender a importância de abrir sua documentação à pesquisa. A partir do estabelecimento de uma relação mais próxima entre pesquisadoras e instituição, outros trabalhos começaram a ser produzidos a partir de 2012.

Aprofundando os estudos iniciais de Prestes, começamos as nossas pesquisas sobre o Hospital de Caridade, em diálogo com outras investigações que vínhamos realizando sobre a saúde em Santa Maria na segunda metade do século XIX, como já mencionamos (ROSSI, 2012; 2017a; 2017b).

Ao longo da realização do doutorado, tínhamos como principal fonte os livros de registros do Hospital de Caridade. A princípio, idealizamos estudar todo período compreendido na Primeira República, desde sua fundação (1903-1930). Entretanto, isso significaria transcrever mais de 20 mil registros. Reduzimos a análise apenas ao primeiro livro e, mesmo assim, foram mais de 5 mil registros dispostos em um banco de dados do Excel, no qual transpomos todas as informações referentes a: nome, idade, sexo, cor, profissão, nacionalidade, residência, diagnóstico, data de entrada e saída, tempo de hospitalização, médico que prestou o atendimento e observações. Como ainda se tratava de muito trabalho e em conversas com outros historiadores que possuíam interesses nessa documentação, firmamos uma parceria com o professor Luís Augusto Farinatti, da Universidade Federal de Santa Maria, que disponibilizou três bolsistas para colaborar com a formulação do banco de dados. Só assim foi possível dispormos de todos os 5224 registros de hospitalizações que foram analisadas ao longo desta tese.

Através do compartilhamento dessas fontes, outros trabalhos foram sendo realizados, como o de Gabriela Rotilli (2017), que, a partir dos registros do Hospital de Caridade, investigou as condições sociais das mulheres pobres em Santa Maria entre 1903 e 1913.

Outros historiadores e historiadoras também se debruçaram sobre o universo da pobreza no interior do Rio Grande do Sul. Daniela Vallandro de Carvalho (2005), investigou os “populares” entre fins do século XIX e início do XX, a partir dos processos criminais, disponíveis no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, que tinham Santa Maria como residência dos réus.

Ênio Grigio (2016), através do estudo da Irmandade do Rosário em Santa Maria, identificada como um centro aglutinador de negros, tanto em 1870, quando a irmandade é criada, quanto no pós-abolição em diante. Analisa como as populações pobres e escravizadas criaram suas próprias organizações e tornaram-nas espaços de protagonismo e reconstrução da identidade negra.

Em constante diálogo com Grigio, Franciele Oliveira (2016; 2017) estudou a trajetória de alguns personagens negros em Santa Maria no período pós-abolição. Demonstrou a complexidade étnica do interior do Rio Grande do Sul, através da expressividade da população negra e de suas relações com as questões referentes à escravidão e liberdade. Investigando suas moradias, trajetórias profissionais e organizações sociais, entre elas os clubes sociais negros como o União Familiar e o Treze de Maio.

Todos esses estudos sobre os universos das práticas de cura, dos médicos e dos pobres, nos ajudaram a compor o cenário de Santa Maria na passagem do século XIX para o século XX. Dedicamos parte do segundo capítulo dessa tese à caracterização econômica e social da região, na qual apontamos o significativo crescimento populacional da cidade no período, a partir da chegada de imigrantes europeus e da instalação da ferrovia, que ligou o Rio Grande do Sul de leste a oeste, e as medidas tomadas para resolver os problemas urbanos ocasionados por essa rápida expansão, entre eles o aumento da pobreza.

Nossa perspectiva está centrada em interpretar a saúde e a pobreza através de temas caros à História da Assistência, como a caridade, a filantropia e a questão social. À luz dos estudos de Catherine Duprat (1996), caridade será abordada enquanto uma virtude cristã, relacionada à moralidade religiosa que busca minimizar a miséria alheia. Já a ideia de filantropia, que surge a partir do século XVIII, diz respeito à prevenção da pobreza, ou seja,

por meio do trabalho e da produção, dar condições de sobrevivência à população miserável. Assim, enquanto o primeiro conceito pressupõe uma obra piedosa, na qual seu praticante está isento da continuidade, podendo praticá-la através de ações isoladas, conforme sua devoção; a filantropia pressupõe práticas contínuas, organizadas e marcadas por gestos de utilidade, realizadas através de obras laicas ou interconfessionais, “representam uma ligação social, princípio de emulação e legitimação social” (DUPRAT, 1996, p. V-VI). Baseada em Duprat, Gisele Sanglard (2008, p. 33) alerta às diferenças entre a filantropia citadina e a camponesa. Enquanto a primeira diz respeito às práticas de homens da ciência buscando melhorar a vida cotidiana das cidades; a segunda propõe melhorias na agricultura, diversificação da produção, abertura de estradas, etc.

Para efeitos dessa análise, sobretudo ao abordarmos o socorro à pobreza através das práticas da Intendência e do Hospital, estaremos nos referindo às ações filantrópicas, cujo fim era amenizar a condição dos pobres e miseráveis enquanto estratégia para gerir os problemas urbanos. Além disso, devemos refleti-las a partir da aceção de que a filantropia, entre fins do século XIX e início do século XX, age como complementar à atuação do Estado, sobretudo, por estarmos falando de um período de estado mínimo, que só atua em casos de grandes calamidades, como as epidemias, por exemplo. Logo, “não era mais uma instituição *privada* exercendo uma função *pública*, mas a delimitação da atuação de cada uma das esferas envolvidas” (SANGLARD, 2017, p. 26). Assim, está intimamente relacionada ao que se chamou de *questão social*, referindo-se à preocupação em atenuar a pobreza através da gestão da indigência urbana, e, sobretudo, a partir da delimitação das responsabilidades públicas e privadas nesse sentido, como chama atenção Robert Castel (2015). Ao longo dessa tese, mencionaremos algumas vezes essa ideia, a fim de percebermos como o Estado, a Intendência, o Hospital e as Sociedades Benéficas trataram da *questão social* no interior do Rio Grande do Sul.

Dividimos a investigação em cinco capítulos. No primeiro, para apresentar a perspectiva teórica que pretendemos abordar ao longo do texto, optamos por fazer uma discussão historiográfica a respeito da temática da assistência à saúde e à pobreza. Além disso, também refletimos historicamente sobre o papel dos hospitais e suas transformações na Europa desde fins da Idade Média, com especial ênfase na fundação das Santas Casas de Misericórdias e sua importância para o modelo de assistência implementado no Brasil. A partir disso, analisamos as ações e responsabilidades com o socorro aos pobres durante o

período colonial, imperial e no início da república brasileira. Ainda, abordamos a interiorização da assistência à saúde e à pobreza, sobretudo no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, utilizando a ferrovia como fio condutor desse processo. Findamos tratando brevemente da Misericórdia de Porto Alegre e das sociedades de socorros mútuos no Rio Grande do Sul, a fim de introduzir a fundação de instituições de saúde e amparo a pobres e trabalhadores.

Seguindo nessa perspectiva, no segundo capítulo apresentamos o contexto social e econômico no Rio Grande do Sul entre os séculos XVIII e XIX. Essa foi a base para dissertamos sobre as relações estabelecidas entre as elites, a política – na figura, principalmente, do Partido Republicano Rio-Grandense – e na criação de hospitais no interior do estado. Assim, chegamos ao nosso foco de análise, a cidade de Santa Maria e seu Hospital de Caridade. Identificamos a importância das redes sociais, que perpassaram relações pessoais, profissionais e políticas, na fundação dessa instituição. Ao abordarmos todo o processo que culminou na criação de um dos primeiros hospitais no interior, discutimos questões como o financiamento, através do qual percebemos a divisão nas tarefas sobre a função dos agentes públicos e privados – Estado, Intendência e Ferrovia, sobretudo – no que dizia respeito à saúde e à assistência à pobreza. As fontes utilizadas foram, principalmente, os relatórios do Hospital de Caridade, a legislação estadual, correspondências do PRR e trechos de jornais de circulação local e estadual, como “O Estado” e “A Federação”, respectivamente.

No início da pesquisa no Arquivo Histórico de Santa Maria buscamos fontes entre os anos anteriores a fundação do Hospital de Caridade (1903) e seus primeiros anos de funcionamento, até 1910. Entre 1899 e 1910, localizamos dez caixas, com cerca de 60 tomos, cujos assuntos referiam-se à administração pública: lista de eleitores, contratos, relatórios de higiene, livros de despesas da intendência, legislação municipal, livro dos contribuintes da limpeza pública, correspondências recebidas, entre outros. Foi nos tomos referente às correspondências que percebemos um diálogo mais próximo entre a população e a Intendência, pois era um dos meios utilizados para recorrer a subterfúgios, especialmente em momentos mais complicados para a sobrevivência própria ou das famílias. Fora a partir dessas fontes que se originou o terceiro capítulo da tese, que versa sobre as estratégias utilizadas pelos pobres da região central do Rio grande do Sul, a partir do diálogo que estabeleceram com a Intendência Municipal. Nesse sentido, nos interessou saber quem eram

as pessoas que utilizavam esse mecanismo, por que o faziam e em quais situações. Analisamos os discursos de auto declaração de pobreza a partir dos pedidos de isenção do imposto da Décima Urbana e de impostos sobre os comércios e à quarta colônia de imigrantes italianos. Além disso, buscamos estudar de que modo as autoridades públicas e as sociedades beneficentes, como o Clube de Senhoras, tratavam a seleção dos pobres que mereciam ser socorridos.

Seguindo a investigação sobre a pobreza, o quarto capítulo percorre os registros do Hospital de Caridade para analisar o perfil demográfico dos indivíduos que aquela instituição classificava como “pobre”: suas profissões, sexo, idades, nacionalidades, residências e doenças. Além disso, identificamos que o socorro a esse grupo no hospital correspondia ao serviço de assistência pública municipal, o qual foi inspirado no modelo de Porto Alegre, implementado a partir da mediação de um dos médicos locais, Nicolau Becker Pinto. Por isso, abordamos como esse serviço foi criado, desde inspirações em ações praticadas na capital federal, Rio de Janeiro, perpassando a capital gaúcha, até chegar em Santa Maria.

Por fim, o último capítulo destaca dois grupos pagantes no Hospital de Caridade: os militares, subvencionados pelo governo estadual; e os ferroviários, custeados pela Viação Férrea do Rio Grande do Sul (VFRGS). O fio condutor entre eles é o fato de serem trabalhadores assalariados formais, por isso, focamos em ambos para compreender o que os levava à hospitalização. Apresentamos um breve perfil desses grupos, identificando cor, idade e suas origens, com ênfase nas doenças que eram acometidos, as quais estavam muito relacionadas às condições de trabalho a que eram submetidos.

## **1. A CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E À POBREZA E O PAPEL DOS HOSPITAIS NO OCIDENTE**

O escopo geral desta tese visa compreender como a assistência à saúde e à pobreza foi organizada no interior do sul do Brasil, especialmente na região da cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Para dar conta disso, é preciso, inicialmente, delimitarmos algumas explicações sobre o que entendemos por assistência e as alterações que esse conceito sofreu ao longo dos séculos, principalmente a partir do período moderno, na Europa Ocidental, até princípios da República no Brasil. Dessa maneira, buscaremos responder questões caras a essa temática, pensando-as nesses contextos e períodos. São elas, de maneira geral: “que instituições e grupos são responsáveis por prestar e gerir a assistência?”; “qual o público merecedor da assistência?”; “quem são os pobres?”; “quem define a pobreza?”; “quem é o público assistido nos hospitais?”; “como a questão social emergiu no Brasil?”.

Sendo assim, neste capítulo discutiremos essas questões, inspiradas a partir de autores que analisaram a História da Assistência, pensando no seu papel, refletindo sobre caridade, pobreza, filantropia, conceitos já abordados na introdução, e também nas instituições que deram conta desse processo, sobretudo os hospitais e sua reforma a partir do século XV. Em um primeiro momento, em “A gestão da assistência: público, elites e capital social” serão discutidos os processos que marcaram as mudanças do papel das instituições no que diz respeito ao público que atendia, problematizando, sobretudo, sobre quem eram os pobres, a partir do conceito de capital social. No segundo item “As transformações dos hospitais”, buscamos elaborar uma genealogia dos hospitais, buscando identificar as mudanças que perpassa o período em que era um local para hospedar peregrinos, até chegar à transformação em espaço de cura. Na sequência, em “A assistência à saúde no Brasil: caridade e filantropia”, a análise centra-se nas misericórdias brasileiras e nas mudanças que ocorrem a partir da instalação das faculdades de medicina e através das ações da filantropia na gerência da assistência. Nos dois últimos itens “A assistência nos interiores do Brasil” e “Introdução à assistência no Rio Grande do Sul”, nosso olhar volta-se às práticas de cuidado à pobreza e à saúde das populações fora dos grandes centros brasileiros. No primeiro, demonstraremos o importante papel das ferrovias nesse processo de interiorização, dando ênfase aos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. No último, iniciaremos tratando da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e, a seguir, introduziremos abordagens sobre as demais

idades do Rio Grande do Sul que recebem hospitais e como se relacionam com seus doentes e a pobreza.

### **1.1. A gestão da assistência: público, elites e capital social**

Para que possamos compreender como se deu a relação entre o público atendido e a caridade e a filantropia a partir das transformações do papel da assistência no século XVI, são necessárias reflexões mais gerais, em especial, daremos ênfase aos vínculos existentes entre: as elites e a pobreza; as autoridades públicas e as instituições privadas; o público e os gestores da assistência. Além disso, é fundamental compreender quais as relações estabelecidas entre o Estado e a assistência nos diferentes contextos nacionais.

Destaca-se como marco inicial na História da Assistência o momento em que as autoridades públicas e eclesiásticas passaram a se ocupar da responsabilidade de gerir a pobreza. Isso ocorreu entre a baixa Idade Média e o início do período Moderno, motivado pelo ressurgimento das cidades e pelo crescimento do número de pessoas que necessitavam de auxílio. Bronislaw Geremek postulou que a expansão capitalista no século XVI, o baixo nível dos salários e a presença de um mercado livre de mão-de-obra explicam que a pobreza é inerente à formação do capitalismo. Emerge, nesse período, o processo de reforma da assistência, como uma resposta aos problemas sociais, sobretudo, ao pauperismo, que aparece enquanto fenômeno da vida urbana (GEREMEK, 1986, p. 148).

Renato Franco (2011, p. 31) retrocede temporalmente para explicar que a origem dessa reforma remetia a mudanças ocorridas após o século XIII, afirmando que até este século “a Europa era uma região relativamente rica em terras e de próspero crescimento econômico e populacional, o que favoreceu a urbanização e o aumento do comércio de longa distância”. Além disso, nas áreas rurais, havia uma “expansão de terras agriculturáveis, o aumento da população e a maior monetarização econômica”. Mesmo os moradores das zonas urbanas, que representavam a minoria dos habitantes, eram extremamente dependentes da economia rural. Entretanto, foi essa mesma expansão econômica que, no final do século, gerou maior instabilidade na segurança e à pobreza, pois terras que antes eram disponíveis a pequenos camponeses, foram convertidas em fazendas para satisfazer as demandas das cidades.

Entre os séculos XIV e XV, a escassez das terras produtivas impulsionou migrações para as áreas urbanas, fato que ocasionou uma crise demográfica e monetária, acrescido a constantes surtos de doenças, destacando-se a peste bubônica com altos índices de mortalidade por toda Europa. Nas cidades, devido às escassas colheitas no campo, o preço dos alimentos aumentava. Como os valores dos aluguéis também eram elevados, esses elementos contribuiriam facilmente para levar parte da população à pobreza. Nesse mesmo período, do início do século XIV, o inverno rigoroso ocasionou fome generalizada. Além disso, a Guerra dos Cem anos (1337-1453), entre França e Inglaterra, gerou uma intensa crise econômica, acarretando no empobrecimento geral, aumento dos impostos, elevação dos preços e diminuição do comércio (GEREMEK, 1986).

Diante disso, a tradicional visão positiva da pobreza precisou ser revista – aquela que era evidenciada pelos valores cristãos, os quais ressaltavam o papel santificador do pobre, através da “ideia de que a pobreza era uma condição expiatória e, ao mesmo tempo salvadora, marcou profundamente o imaginário religioso da época moderna” (FRANCO, 2011, p. 18). Sendo assim, frente a uma população com recursos materiais limitados e exposta a doenças que dizimavam cidades, a percepção sobre a pobreza assumiu uma postura mais prática, sendo necessário reorganizar as noções de assistência vigentes até então. Entre as principais medidas adotadas, frente ao aumento da pobreza na Europa Ocidental, destacam-se os meios de controle dessa população, como a classificação entre aqueles que deveriam receber auxílio e os que ficariam de fora da assistência.

Paul Slack (1980), buscando entender a origem da Lei dos Pobres na Inglaterra, afirma que, em fins da Idade Média, embora não houvesse uma provisão estatal para os pobres, os governantes já discriminavam os merecedores e não merecedores de assistência, através da seleção do público das casas de caridade e no sistema de apoio paroquial. Essa seleção deu-se em função do crescimento populacional e da migração, associada à escassez de recursos e à depressão econômica do período. Embora na Inglaterra houvesse desnutrição nas regiões afetadas pelo fracasso das colheitas de 1520 e 1630, não havia fome em massa como na França. Mesmo assim, apenas os ingleses organizaram um sistema de assistência à pobreza financiado por impostos e por isso se fez tão necessário selecionar o público que a caridade, o Estado, ou ambos, iriam atender, quem seria considerado merecedor de tal ajuda. Sendo isso uma das chaves para entender a assistência a partir da segunda metade do século XIV.

Robert Jütte (1994) apresentou três características comuns à reorganização da assistência ocorrida em várias cidades europeias, simultaneamente, relacionando Estado, caridade e pobreza. A primeira refere-se ao “fortalecimento do papel do Estado” (p.101), o qual influenciou nos debates a respeito da caridade pública e privada, iniciados desde meados da Idade Média, conduzindo a uma administração civil da pobreza, sendo esta consolidada no final do século XV e início do XVI, através da fusão entre as autoridades civis e eclesiásticas para gerir hospitais e instituições de caridade.

Outra característica diz respeito ao “aumento da racionalização, burocratização e profissionalização do trabalho da assistência” (JÜTTE, 1994, p. 102), sendo este um efeito do aumento do número de necessitados, que gerou demanda pela reorganização do modo como se atendia aos pobres, ou seja, foi necessário criar formas efetivas de ajuda. A medida adotada pelos administradores da pobreza foi analisar casos individuais, passando a “registrar” os pobres através de uma espécie de cadastro que continha informações a respeito do indivíduo (nome, profissão, data de nascimento, ocupação, doença, número de dependentes). Isto resultou numa nova política social e deu bases para a burocratização da assistência à pobreza. “Diretores de hospitais e administradores da assistência à pobreza agora colocavam entre eles e os pobres um conjunto de regras claras, que substituiu os procedimentos causais do passado” (JÜTTE, 1994, pp. 102-03). Esse também foi um meio de selecionar o público que deveria ser assistido, principalmente após a criação dos Hospitais Gerais, através da junção dos antigos hospitais medievais. Esse processo ocorreu, sobretudo, no centro e no norte europeu e em outros países como Espanha, França e Itália foi mais tardio.

Por fim, a terceira característica diz respeito às atitudes católicas e protestantes relativas à educação enquanto ferramenta de combate à pobreza. Um exemplo foi o ensino de algum ofício a crianças pobres. Esse ideal, que surgiu no século XVI, se estendeu por todo período moderno e se fortaleceu durante o Iluminismo, demonstrando a crescente valorização do trabalho enquanto meio disciplinador e aliado no combate à pobreza. O processo que envolveu a valorização do trabalho regular consistia em conter a pobreza, enquanto meio de controle social.

A questão envolvendo o valor do trabalho estava intimamente relacionada com a seleção do público que era digno de receber assistência. Segundo Steve Hindle (2004), inspirado por Paul Slack quando se referia ao caso inglês, a distinção tradicional entre pobres

merecedores, ou aqueles mais dignos de receberem a caridade, e os indigentes, que originalmente era moldada pelas Escrituras e descrita por teólogos medievais e humanistas, foi reformulada. Sobre o pensamento medieval, Robert Castel, explica que, de acordo com a exaltação cristã da pobreza, “o pobre mais digno de mobilizar a caridade é o que exhibe em seu corpo a impotência e o sofrimento humanos” (CASTEL, 2015, p. 67). Ou seja, para que a indigência fosse admitida no quadro da assistência o indivíduo deveria ser exonerado da obrigação do trabalho através de sua “incapacidade física, velhice, infância abandonada, a doença – de preferência incurável – e as enfermidades – de preferência as insuportáveis ao olhar” (CASTEL, 2015, pp. 67-68). Na reformulação da noção de quem deveria ser assistido, além desses grupos citados, foi acrescido “um terceiro grupo de pessoas pobres cuja situação era difícil e não poderia ser explicada nem pela incapacidade física nem pela falta de disposição para trabalhar: (...) os trabalhadores pobres” (HINDLE, 2004, p. 2). Tratava-se de “um setor da população que ou não conseguia encontrar trabalho, ou eram mal pagos pelos poucos empregos regulares que poderiam obter para sustentar a si mesmos e suas famílias” (idem).

A esse novo grupo de merecedores estava associado a gestão da assistência que deixa de ser um domínio da Igreja<sup>5</sup>, para ser compartilhada com autoridades e sujeitos leigos. “Senhores notáveis e burgueses ricos, confrarias, isto é, associações de auxílio mútuo das corporações multiplicam os auxílios” (CASTEL, 2015, p. 72). A prática da caridade, segundo Castel, “tornou-se uma espécie de serviço social local que recebe a colaboração de todas as instâncias que dividem a responsabilidade pelo ‘bom governo’ da cidade” (idem). Esse processo denominado por Castel de “gestão racional da indigência” ocorreu ainda nos séculos XIV e XV, quando a sociedade europeia ultrapassava as crises ocasionadas pela falta de abastecimento, fome, peste e crescimento demográfico das cidades, como já citamos. Bronislaw Geremek (1995, pp. 147-240) chamou de “nova política social” as mudanças do século XVI, as quais foram impulsionadas pela expansão capitalista dos séculos anteriores e pela pauperização da população, transformando-se em um fenômeno da vida urbana para o qual as autoridades se viram obrigadas a voltarem sua atenção.

Mais adiante, para abordar melhor a gestão da caridade, trataremos como exemplo as funções das Misericórdias em Portugal e o papel das elites na administração da assistência

---

<sup>5</sup> Robert Castel trata do caso francês, deve-se lembrar que no caso português, como veremos mais a frente, a assistência não esteve vinculada à Igreja (ABREU, 2014).

na Itália, demonstrando os diferentes meios utilizados pelo Estado, autoridades leigas, católicas e elites para administrar a pobreza e as instituições de auxílio.

Antes disso, de maneira geral, ainda falando sobre o público assistido e gestão da assistência, retomamos a Robert Castel para destacar os critérios que ele utilizou para explicar as definições sobre quem deveria receber ajuda. Sistematizado a partir do progresso da urbanização e do fortalecimento do poder central, os dispositivos institucionais estruturaram a assistência, sendo as suas práticas calcadas por dois vetores fundamentais: “de um lado, a relação de proximidade entre os que assistem e os que são assistidos; de outro, a incapacidade para trabalhar” (CASTEL, 2015, p. 85). A partir disso, a esfera assistencial foi praticada sob dois eixos: 1. “A relação de proximidade que deve existir entre o beneficiário dos auxílios e a instância que os distribui” e 2. “O critério da inaptidão para o trabalho” (idem, pp. 85-86).

Com relação ao primeiro ponto, nos parâmetros da assistência, “o indigente tem mais oportunidades de ser assistido à medida que é conhecido e reconhecido” (CASTEL, 2015, p. 85). Isto porque faria parte das redes de proteção que se expressam através de pertencimento a um grupo, dentro de uma comunidade. O fato de um indivíduo necessitar de auxílio, significava que ele, em alguma medida, estava desprotegido de sociabilidade primária (família e vizinhança por exemplo). Por isso, os critérios de quem prestava assistência visava reestabelecer essa solidariedade “natural”, primária, da qual ficou desprovido o necessitado, buscando mitigar as suas privações.

Steve Hindle, analisando o socorro prestado na Inglaterra, a partir das paróquias, ou seja, dentro das pequenas comunidades ou cidades, também aponta seus estudos nesse sentido, afirmando que as pessoas só se submeteriam à vergonha de um pedido público de ajuda após apelarem sem sucesso para parentes e vizinhos. Entendendo que “a importância do socorro paroquial só pode ser entendida no contexto de uma confiança duradoura em redes de apoio informais e semi-formais” (HINDLE, 2004, p. 8). Referindo-se ao caso inglês, o autor ainda indica que, no período moderno, quando o fornecimento de ajuda aos pobres estava mais disseminado na Inglaterra, não havia um abandono das formas de ajuda informais dentro das pequenas comunidades, sobretudo rurais. “Aqueles que recebem pensões paroquiais complementaram sua arrecadação com uma ampla gama de renda gerada de outras fontes, especialmente as redes informais e quase formais de caridade” (idem, p. 9). Sendo esses meios informais relativos a ajuda de parentes, vizinhos ou até mesmo “crimes

de necessidade”, ou seja, pequenas rapinas como meio de sobrevivência. Quando abordarmos sobre as estratégias da pobreza, no capítulo 3, traremos novamente a questão do crime como um dos subterfúgios utilizados pelos pobres como meio de rendimentos.

Refletindo a respeito das lógicas da caridade e sobre porque os pobres recorriam a ela, Marco Van Leeuwen (1994) aponta que alguns indivíduos eram mais propensos à indigência: doentes, inválidos, idosos, viúvas, viúvas com filhos, trabalhadores com famílias numerosas e trabalhadores temporários. Pensando nesses grupos, ele afirma que “sobreviver significava ter que recorrer a uma combinação de estratégias de sobrevivência” (p. 600), ao que chamou de “economia de improvisações”, recorrendo ao conceito de Olwen Hufton (1974) – mesma noção utilizada por Hindle para entender as estratégias da pobreza. A razão mais ponderada que responde por que isso era necessário, diz respeito à questão econômica. Entretanto, aceitar assistência formal, por exemplo, também poderia significar ter que se submeter a controle social, além de obrigar-se a obedecer um sistema de normas que determinaria dentro de qual espaço de atuação aquele pobre poderia agir e como. Por isso, estratégias informais, como as redes de apoio, eram recorrentes entre esses grupos. “A assistência mútua de vizinhos, familiares, pessoas da mesma região, por aqueles que compartilhavam uma religião ou ocupação comum foi uma consequência da pobreza mútua” (LEEUVEN, 1994, p. 602). Poucas famílias, entre o universo da pobreza, viviam tão seguras para saber que nunca precisariam de ajuda, por isso, a assistência mútua representava não apenas o caminho certo a seguir, mas a maneira mais sensata. Sendo assim, a manutenção das redes sociais dentro dessas comunidades era fundamental à sobrevivência. No interior dessas relações, sua manutenção dava-se através do que alguns autores chamam, capital social, interpretado segundo Pierre Bourdieu como:

o conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis (...). O volume do capital social que um agente individual possui depende então da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado (BOURDIEU, 2007, p. 67).

Mesmo não dialogando diretamente com Bourdieu, um estudo interessante para pensarmos o capital social presente nas relações envolvendo a assistência e a pobreza, é o de Simon Szreter (2002), o qual faz sua análise a partir das teorias de Robert Putnam. Suas teses estão pautadas nos padrões de variação do capital social ao longo do tempo e do espaço, e exploram a importância potencial de tal variação para a saúde, a política e a economia das nações e estados. “Para Putnam, o capital social refere-se às conexões entre as redes sociais individuais e às normas de reciprocidade e confiabilidade que delas decorrem” (SZRETER, 2002, p. 574). Esse conceito decorre do reconhecimento da existência de conexões entre indivíduos, as quais envolvem obrigações mútuas e sustentam regras de conduta, provocando normas de reciprocidade. Dentro de um grupo o capital social pode ser expresso de forma generalizada, ou seja, conexões que ligam aquele grupo e dão noções de pertencimento ao todo; ou podem também existir redes sobrepostas, envolvendo indivíduos específicos dentro do conjunto. A forma como interagem vai definir essas relações, seja através da família, da vizinhança ou de associações de trabalho, porém é o capital social que vai garantir que exista ajuda mútua entre eles.

Szreter interpreta como Putnam queria romper com a distinção entre *bonding social capital* e *bridging social capital*, sendo que o primeiro se referia a redes a partir do mesmo grupo, unidas através de laços de identidade; e o segundo se relacionava enquanto ponte entre grupos maiores, por exemplo, através da assistência, diferentes grupos poderiam estar interligados em períodos epidêmicos. O *bonding social capital* “refere-se a redes formadas a partir de relações de identidade percebidas e compartilhadas. A razão para aceitar ser membro dessa rede é que outras pessoas são consideradas como pertencentes e, portanto, nenhuma justificativa adicional é necessária para uma suposição padrão de que a cooperação e a confiança são apropriadas” (SZRETER, 2002, p. 576). Já o *bridging social capital* é definido em contrapartida ao *bonding*:

refere-se a redes de associação, onde: o princípio diferenciador da identidade social compartilhada; as origens semelhantes; ou as posições de status na sociedade não desempenham nenhum papel necessário na determinação da adesão. Os participantes dessa rede são tipicamente extraídos de uma gama relativamente ampla de origens. Sua razão para a interação é se engajar em uma atividade coletiva, de onde podem extrair cada valor e benefícios que eles não poderiam alcançar sozinhos e que não estaria disponível através das redes que eles têm (SZETER, 2002, p. 576, livre tradução).

Nesse sentido, transpondo o *bridging social capital* aos sistemas de assistência, significaria que fazer parte de uma rede apoio garantiria ao indivíduo interações que sozinho não conseguiria. O seu engajamento a uma atividade coletiva, aqui no caso a uma sociedade de caridade, por exemplo, poderia tanto ampliar as relações do benfeitor, quanto garantir maiores meios de sobrevivência ao assistido. Dessa maneira, haveria vantagens e crescimento do capital social para ambos.

Por outro lado, Pierre Bourdieu (1985) defende que qualquer indivíduo para poder ter acesso a qualquer forma de capital depende de onde ele se encontra em uma estrutura global de desigualdade. Assim, muitos pobres poderiam ser ricos em capital social, sendo essa a única forma de capital a que teriam um acesso relativamente abundante. Desta maneira, manter boas relações sociais (crédito moral) com um pequeno círculo de confiança pode ser vital para esse grupo que não possui outros recursos e oportunidades. Nesta perspectiva, Szreter, inspirado pela ideia de Putnan sobre a interação entre os capitais, entende que entre os pobres, “eles têm conexões apenas com aqueles que estão na mesma situação que eles próprios e uma escassez de relacionamentos de qualquer tipo com pessoas, agências ou instituições que possam lhes dar acesso a toda a gama de recursos - outras formas de capital - carentes de seu ambiente” (SZRETER, 2002, p. 577). Nesse sentido, para solucionar essa escassez de relações, o melhor caminho seria que, por exemplo, as instituições prestassem auxílio à pobreza, no sentido desse grupo poder ampliar seu capital social para além das relações apenas no interior das comunidades e sua gama de estratégias de sobrevivência não dependesse apenas de relações primárias. Szreter procura refletir dessa forma, para explicar que, com a ampliação das redes sociais, as estratégias da pobreza também se expandiam. Sendo assim, isso que ocorreria quando instituições, indivíduos ou grupos (elite, por exemplo), passam a se preocupar com a questão social, no caso, os pobres. Disso também podemos concluir uma questão que nos é muito cara, a diferenciação entre o pobre e o miserável. O pobre seria aquele que possuiria algum tipo de capital social amparado nas redes de sociabilidades primárias (família, vizinhos, trabalho). Já o miserável era aquele que, necessariamente, dependia de instituições ou de qualquer tipo de auxílio para sobreviver – os mendigos, inválidos ou doentes sem famílias, por exemplo –, ou seja, era

alguém que não estava amparado por seu próprio capital social e acabava dependente de redes secundárias<sup>6</sup>.

Dito isso, para entender melhor como as instituições, as elites e o Estado passam a intervir de maneira mais direta na gestão da assistência à pobreza, introduziremos a discussão sobre alguns casos específicos de países europeus que ocorreram no período moderno. Entre eles, conseguimos perceber desdobramentos de como o capital social foi expresso através da ampliação das redes sociais, não apenas entre a pobreza, mas sobretudo entre as elites que prestavam auxílio. Os processos foram distintos, ainda assim, em alguma medida, envolveram organizações estatais, Igreja, elites locais, caridade e assistência.

Para o caso italiano, Sandra Cavallo destaca a importante relação entre as elites locais e a assistência. A historiadora procurou entender, através do olhar sob Turin do século XVI, o desenvolvimento e as características da caridade a partir da dinâmica local de proteção, patronagem e conflitos sociais. Também analisou as motivações que orientaram a filantropia e o significado social da assistência aos pobres, examinando a atividade caritativa sob dois contextos: “em primeiro lugar, das relações no seio das elites locais, que conectaram diferentes grupos de influência; e, segundo, os laços verticais que uniram as classes dominantes e os grupos sociais em trabalho conjunto” (CAVALLO, 1989, p. 95).

Essas conexões, enquanto relações entre assistência e privilégios, se apresentam, para Cavallo (1995), enquanto características da caridade nas sociedades do Antigo Regime. Ela concluiu isto a partir da análise do Hospital San Giovanni no século XV – que depois da união em 1440 de 12 pequenos hospitais medievais constitui-se como o único hospital da cidade em 1541 –, para o qual os leigos faziam doações, podendo eles, inclusive, em alguma medida, administrar os leitos dos incuráveis. Ou seja, através do financiamento desses leitos, o benfeitor poderia selecionar o doente para ocupa-lo. Essa prática representaria parte de uma rede de proteção do benfeitor, também expressa através de uma troca de capital social: ao mesmo tempo que o hospital recebia o doativo, o doador poderia beneficiar membros de sua rede de sociabilidade ou até mesmo expandi-la através da filantropia. Segundo a autora, investir no hospital através de doações resultava em prestígio e poder de proteção (CAVALLO, 1995).

---

<sup>6</sup> No capítulo 3 dessa tese, quando abordarmos a questão das estratégias de sobrevivência da pobreza, a questão da importância das redes e do capital social voltará a aparecer, através da análise de fontes, bem como a diferenciação entre o pobre e o miserável.

Além disso, com relação ao Estado e aos hospitais, no período e contexto estudado por Cavallo, observa-se a realização de uma reforma com alterações no entendimento sobre o papel do Estado e sua atuação nos hospitais, havendo uma maior intervenção dos funcionários estatais no ambiente hospitalar. No entanto, isso não significou uma redução dos interesses particulares, o que houve foi uma mudança no sistema de proteção e patrocínio. A racionalização da caridade, sob a égide do Estado, deve ser entendida, segundo Cavallo (1989, p. 117) “como a substituição de uma elite antiga por uma nova, e como a afirmação de um novo grupo social. Nesse caso, temos os funcionários do Estado concentrando o poder, que antes era dividido de forma mais complexa entre diferentes estruturas”.

## **1.2 As transformações nos Hospitais**

Como estamos percebendo, ao falarmos da reorganização da assistência, inevitavelmente também abordamos questões que envolvem as instituições prestadoras de auxílio, sendo que nesse processo de transformações, sobretudo o hospital ocupou papel de destaque na gestão e seleção do público assistido.

Laurinda Abreu (2014, p. 39), afirma que os hospitais, “na longínqua Idade Média, [foram] a expressão institucional por excelência da religiosidade popular e a prova do compromisso social perante as adversidades que recaíam sobre as populações, sobretudo as mais frágeis, e muito especialmente em contextos urbanos”. Foram fundados pela Igreja, ordens religiosas e por populares. Moldados pelos valores cristãos, possuíam um forte caráter religioso. O termo “hospital” estava muito associado a hospedaria, por sua característica de albergar “um conjunto eclético de pacientes, entre peregrinos, viajantes, pobres, velhos, órfãos, doentes e prostitutas; algumas, muito poucas, acolhiam mulheres grávidas ou parturientes” (ABREU, 2014, p. 40). Sua função, consistia em auxiliar com o provimento de “alimentação, roupa, abrigo por algumas noites, cuidados elementares de higiene – mas raramente apoio médico” (idem.). Laurinda Abreu (2014) ainda destaca que foi entre os séculos XII e XIII, com a ascensão da lepra, que lentamente os hospitais entraram em um processo de especialização de seus serviços, ganhando certa progressão, posteriormente, com a Peste Negra, quando havia uma necessidade de controlar a epidemia. Ainda que não se possa falar em terapias médicas para esses períodos, aos poucos os

hospitais passaram a assumir funções que envolviam meios de saúde e bem-estar, juntamente ao socorro espiritual.

Pelas funções que passaram a desempenhar, progressivamente os hospitais foram ganhando atenção das autoridades públicas, sobretudo “quando as questões sociais começaram a ser perspectivadas enquanto questões de saúde pública, de que a nova moralidade em relação aos mendigos e vagabundos, desenvolvida no contexto da crise do século XIV, era exemplo” (ABREU, 2014, p. 41). Embora ainda apresentassem caráter religioso, seus princípios eram reconhecidamente laicos. O Concílio de Viena (1311), através da menção à administração laica em detrimento da religiosa em hospitais não pertencentes às ordens hospitalárias, abriu caminhos à intervenção civil. Na França, ainda no século XIII, os hospitais, gradativamente, passaram ao jugo do poder central. Igualmente, na Inglaterra, a partir de 1404, através do reconhecimento da falência do modelo existente (ABREU, 2014). Esse movimento reformista na Europa, seguiu-se em Portugal, tendo sido, de acordo com Abreu (2014, p. 43) através dos “hospitais que se iniciou a intervenção régia nos mecanismos de assistência”.

Segundo Robert Jütte (1994), desde o final do século XV e início do XVI, autoridades seculares controlavam, em diferentes graus, hospitais e instituições de caridade na Europa. A maioria dos hospitais prestava algum tipo de ajuda a pobres, doentes e idosos, fosse dentro ou fora de suas paredes. Em princípios do período moderno, a maioria já fornecia hospedagem por longa duração àqueles classificados como pobres. “Em geral, o hospital medieval e do início da modernidade tinham três funções: oferecer hospedagem a peregrinos e viajantes, cuidar dos doentes e cuidar de outras pessoas imprecisamente descritas nas fontes como *pauperes*” (JÜTTE, 1994, p. 128). Nesse período, ocorreu a expansão dos chamados “*great hospitals*”, os quais foram originários da fusão de vários pequenos hospitais devido a má administração. Jütte considera que “como a fusão de pequenos hospitais foi considerada uma violação dos direitos privados e eclesiásticos, a aprovação da Igreja e a intervenção de governantes seculares eram muitas vezes necessárias” (idem). Dessa forma, nesse período de transformações de poder e controle, a administração dos novos hospitais gerais incluía clérigos e representantes do conselho estadual ou municipal. Ao longo da época moderna, essas instituições continuaram sua expansão e agiram “tanto como instituições para o cuidado dos doentes quanto como agências de assistência aos pobres dentro e fora do hospital” (idem). Esse processo consistiu na gradativa transferência

da caridade das mãos dos leigos e religiosos para o Estado, aumentando as intervenções das autoridades centrais. Os critérios para a seleção do público assistido foram mais rigorosos e foram incluídos nesses lugares mecanismos de controle social por meio do trabalho regular e da devoção religiosa.

A assistência que antes era prestada em nome de Deus, a partir de então passaria a ser um dever com a humanidade, ou seja, deveria ser cada vez mais útil à sociedade. A redefinição do merecimento da pobreza passou pela racionalização do seu benfeitor. Ocorreu o que Mary Fissel (2002, p. 77) chamou de “ênfase mercantil sobre a população. Em outras palavras, a caridade racionalizada iria para aqueles para quem seria mais útil em termos de necessidades do país em geral”. Ou seja, houve seleção do público que seria atendido baseado nos interesses de quem estava prestando a assistência. A racionalidade redefiniu os critérios de merecimento da pobreza, a qual foi incorporada ao mundo social através da sociabilidade urbana em desenvolvimento que adquiria novas formas organizacionais. Nesse sentido, o papel das instituições era de “disciplinar a pobreza” (FISSEL, 2002, p. 74) enquanto meio para manter a ordem social. Os hospitais representaram esse processo, sendo eles compostos por “partes iguais de racionalização, mordomia e um mercantilista preocupado com a saúde da cidade” (Idem, p. 75).

Nesse sentido, na França, segundo Tim McHugh (2007), o início da reorganização da assistência se deu através da secularização do Hôtel-Dieu no início do século XVI, o qual transferiu sua administração da Diocese de Paris para membros da elite local. Eles reconheciam a importância da medicina e o quanto ela poderia ser utilizada para seus próprios interesses, valendo-se dos hospitais para manter legitimidade social. Dado que ao longo daquele século os médicos passaram a adquirir maior espaço e valor, principalmente com o crescimento das enfermarias e a criação do posto de cirurgião. No início do século XVII, os saberes da medicina tornaram-se relevantes para as decisões a respeito dos serviços do hospital e o Hôtel-Dieu se tornou um trampolim para o desenvolvimento da carreira médica, espaço para adquirir status e boas relações. Isso também significou uma mudança nas funções hospitalares, passando de local específico de abrigo aos pobres para, além disso, um espaço dotado de serviços médicos.

Outro ponto destacado por McHugh trata-se da relevância do papel exercido pela caridade na manutenção da hierarquia das sociedades modernas, nas quais era comum que os grupos mais baixos da hierarquia social reconhecessem o poder e a importância das elites

e sua submissão perante elas diante da necessidade das benesses que essas elites concediam, nesse caso a assistência caritativa. Nesse sentido, o autor aponta que os hospitais eram utilizados pela elite urbana para elevar seu prestígio social e o de suas famílias e exercer controle sobre as camadas mais baixas. Algo muito semelhante ao que Sandra Cavallo (1989) já apontou para o caso das elites de Turin.

Através da criação dos hospitais gerais, na França, nos séculos XV e XVI, eles se converteram em um fenômeno urbano, ou seja, em um espaço que, gradativamente, passou a tratar dos problemas urbanos: da pobreza e dos doentes. A partir do momento em que os beneméritos que administram os hospitais começaram a se preocupar com a saúde das cidades, perceberam nas ações de assistência um meio de prestar serviços úteis a sociedade. No entanto, essas modificações nos hospitais não o eximiram enquanto lugar para a pobreza e a sua assistência. Houve uma ressignificação do espaço assistencial, que se transformou em terapêutico.

O historiador Othmar Keel entende o processo de transformação do hospital a partir de duas mudanças, através da medicalização e da higiene pública, definindo-a como uma modificação, muito parcial e iníqua, que se produziu no século XVIII em diferentes países da Europa, através de instituições de assistência ou de regulação social em instituições de terapêutica e médico-científicas. O que não quer dizer que ela suplantou a função de assistência ou de regulação social no sistema hospitalar ou de assistência geral. Nesse sentido, mesmo no século XIX, a medicalização ficará muito iníqua, e isso particularmente na França (KEEL, 2001, pp. 29-30 apud SANGLARD, 2008, p. 48).

A percepção de que a prática clínica deveria colaborar para a cura dos enfermos e que isso ajudaria a melhorar a higiene pública foi a grande transformação ocorrida entre fins do século XVIII e início do XIX. As intensivas investidas nas pesquisas laboratoriais corroboraram nesse processo. Os filantropos passaram a entender que investir em pesquisa médica era uma forma de combater a pobreza, assim que “os hospitais tornaram-se cada vez mais medicalizados e a doença se torna a principal via para o controle social” (SANGLARD, 2008, p. 46). Ocorreu o que Paul Weindling (1991) denominou “modernização da caridade”, entendido por ele a partir do pasteurianismo. Além disso, também compreende que ela se deu através de ações assistenciais paternalistas, de novas medidas de controle, por meio da separação entre doentes e pobres, e de terapêuticas específicas para curáveis e incuráveis.

Modificando, desse modo, a estrutura de assistência que havia desde a reforma do final do período medieval e início do período moderno.

Nessa mesma perspectiva e retomando ao ponto que já citamos no item anterior, a respeito da racionalização da caridade abordada por Sandra Cavallo (1989), a mesma autora explica que também fizeram parte desse processo as mudanças no papel da instituição hospitalar, consolidadas entre fins do século XVII e o século XVIII. A criação e divisão do espaço por leitos de curáveis e incuráveis, homens e mulheres, foi uma marca da mudança no Hospital San Giovanni, em Turin, na Itália. Além disso, a escolha dos indivíduos que ocupariam os leitos, que por 200 anos era realizada pelos beneméritos, a partir de 1780 passaram a cada vez mais serem gerenciados por uma equipe médica. Por conseguinte, o hospital tornou-se um importante espaço técnico, através da introdução do trabalho de cirurgiões clínicos. Assim, e associado ao fato de a filantropia atuar de maneira mais efetiva, através de acordos para o investimento dos beneméritos no hospital, foi possível aumentar o quadro de médicos e suas práticas. Isso também abriu espaço para cada vez mais funcionários do estado atuarem na instituição, ampliando as intervenções da autoridade central. A partir desse estudo, Cavallo (1989, p. 117) chamou esse processo ocorrido em Turin, de “racionalização”, ou seja, a responsabilidade da caridade nas mãos do Estado, através da figura do médico.

O século XVIII ficará marcado por ser o momento do redirecionamento da filantropia, através do desenvolvimento da medicina e do surgimento dos hospitais especializados. Oliver Faure (2012, p. 14) defende a ideia de que “a partir de 1750 a observação, tanto na medicina como nas outras ciências, torna-se a operação essencial”. Com isso quer dizer que, especialmente as observações sobre o corpo humano e suas concepções científicas tornam-se os pilares da medicina contemporânea, através da clínica e da fisiologia.

Recolher informações junto aos pacientes, examina-los com atenção (clínica), fazer a ligação entre os sintomas que apresentam e suas lesões orgânicas (percurso anatomoclínico), analisar os diferentes elementos do corpo humano (órgãos, tecidos, células) saudáveis ou doentes (anatomia e anatomia patológica): essas atividades estão no coração da medicina da atualidade e constituem suas principais subdisciplinas (FAURE, 2012, pp. 17-18).

A preocupação com o corpo esteve relacionada ao papel dos Estados em aumentar sua população e fortalecer seu poderio militar e econômico. Nesse sentido, gradativamente, passaram a investir em profissionais de saúde e no cuidado com a higiene dos espaços. Multiplicaram-se a criação de instituições voltadas à formação clínica: em Londres, na Itália, Dinamarca, Alemanha. Na França, no Hôtel-Dieu, surgiram “cursos de medicina e cirurgia prática dados aos voluntários por médicos e cirurgiões dos hospitais” (FAURE, 2012, p. 19).

Esse foi o momento, entre os séculos XVIII e XIX, da transformação dos hospitais que antes eram, em sua maioria, asilos de peregrinos e indigentes - embora em alguns contextos já fossem separadas funções terapêuticas e asilares - em espaços de pesquisa e prática clínica e experimental, através da inserção de Faculdades de Medicina em seus espaços. Ainda que, em alguns contextos de grandes cidades, como Milão e Florença, desde o século XVI as funções de asilo e hospital médico já estivessem separadas. Assim, afirma Faure (2012, p. 20) “os hospitais se tornaram o principal lugar de formação médica”. Ocorreu a transformação das *machines à instruire*, *machines à guerir*, conforme defende Isabelle von Bultzingsloewen (1993). Embora a autora não aponte com tanta ênfase para as transformações do corpo como Faure, ela indica nesse processo de mudanças a transformação do hospital em institutos clínicos, com a presença e a interferência das universidades em seus espaços. Afirmando que foi através da clínica que os hospitais se modernizaram, tornando-se um local de busca pela cura, com tempo médio de internação; diferenciando-se dos asilos, caracterizados por internações de longa duração, sobretudo de incuráveis.

Ao longo deste capítulo, retornaremos a abordagem sobre o papel das instituições na prática da assistência à saúde e à pobreza, com ênfase nas transformações ocorridas no Brasil durante o período colonial, imperial e início da República.

### **1.2.1 As Misericórdias portuguesas**

Ao falar da reorganização da assistência na Europa Ocidental a partir do período moderno, estamos inevitavelmente abordando questões que giram em torno da gestão da indulgência, na qual, mesmo em diferentes contextos, o papel das elites locais se destaca, como já vimos para a Itália e mesmo à França. Porém, diferentemente da racionalização que ocorreu na Itália, através da administração da caridade pelos funcionários do Estado, em

Portugal, embora moldada pelo poder régio, a caridade era administrada pelos poderes locais.

Essa dinâmica ocorreu através da administração das confrarias das Misericórdias. De acordo com Laurinda Abreu (2000), a assistência pública portuguesa surgiu a partir de duas mobilizações: a reestruturação hospitalar e a criação das Misericórdias. As intervenções régias, em princípio, agiram em torno da gestão dos institutos hospitalares, da padronização dos pequenos centros e fundação dos hospitais gerais. Isabel dos Guimarães Sá (2013) atribui essa reorganização ao aumento do número de pobres na Europa Ocidental, entre os séculos XV e XVI, devido à expansão das cidades em consequência do desenvolvimento do comércio marítimo. Sendo assim, tratava-se de um momento em que era necessário “potencializar os recursos econômicos, adequar os serviços às novas necessidades da população e garantir alguma eficácia à assistência ministrada (ABREU, 2000, p. 396)”. Ou seja, havia uma demanda em relação à administração dos problemas urbanos emergentes, tais como o apoio a órfãos e o controle da mendicidade, e os poderes locais encontraram na assistência um meio para resolver essa questão, que se coloca em diversos os países da Europa Ocidental.

Foi nesse contexto que surgiu, junto à Corte, a primeira Irmandade da Misericórdia em Lisboa, no ano de 1498. Uma confraria dotada de prerrogativas únicas no que dizia respeito às regalias concedidas pelo poder do Rei. Isso significava que, através do incentivo à fundação de Misericórdias em Portugal, o monarca estendia o poder régio à instituição, sendo esta uma confraria real, visando estabelecer uma proximidade entre governados e governantes, relação que não se confirma totalmente. Ainda assim, a elite que detinha privilégios na Corte percebia no investimento nessa Irmandade uma maneira de multiplicar suas relações, funcionando enquanto fortalecimento de estratégias políticas que favoreciam o prolongamento de suas ações em esferas que variavam entre o poder central e local.

Durante a administração de D. Manuel I, o poder político português atuaria de maneira mais efetiva no que dizia respeito às populações vulneráveis, sobretudo, crianças, pobres, presos e mendigos. Dentre as medidas adotadas, o direito da criança abandonada à assistência foi institucionalizado, reformou-se o quadro hospitalar, houve uma tentativa de padronização dos hospitais em escala nacional e dotou-se o país de uma rede de misericórdias que viam nesses vulneráveis seus principais alvos de ação caritativa (ABREU, 2003, pp. 467-468).

As ações assistenciais praticadas por essa irmandade eram regidas pelas quatorze obras de misericórdia, divididas em sete obras corporais: “dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus por piedade, hospedar aqueles que não tem casa, visitar os enfermos, remir os cativos e visitar os presos e enterrar os mortos ”; e em sete obras espirituais: “ensinar os que nada sabem sobre Deus, dar bom conselho a quem o pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem vos errou, sofrer as injúrias com paciência, rogar a Deus pelos vivos e os mortos ”. Laurinda Abreu aponta que embora baseadas nas obras, estas não explicavam um rigoroso plano de ação, apenas garantiam, de modo geral, “um ideal caritativo que acabaria por privilegiar os doentes, os presos e justicados e envergonhados” (ABREU, 2014, p. 79).

Referente ao período de expansão e consolidação das Misericórdias em Portugal, nos séculos XVI e XVII, Laurinda Abreu (2014) salienta a intensa participação das elites locais nesse processo. Não apenas no que diz respeito às obras assistenciais, mas também na distribuição de profissionais de saúde a esses espaços, na administração das construções e instalações dos hospitais da Misericórdia e na gerência das questões urbanas, inclusive na seleção do público que deveria ser assistido. Sobre a escolha dos médicos que deveriam atuar nas Misericórdias, por exemplo, Abreu considera como uma estratégia de ascensão das elites locais, que vislumbravam através do reconhecimento da importância dos médicos à assistência uma possibilidade de colocação profissional aos membros de suas redes de sociabilidade. Além disso, a historiadora destaca as vantagens políticas conquistadas pelos grupos que emergiram através de práticas de caridade e assistência no contexto do desenvolvimento das cidades.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que a maneira como estava sendo estruturada a assistência, a partir das Misericórdias, revelava-se uma íntima relação entre a instituição e os poderes locais, principalmente com as Câmaras Municipais. Inclusive, o acesso à confraria abria portas de acesso à política e a novas redes de sociabilidade, ou seja, era uma ferramenta de mobilidade social, conforme afirma Abreu, “tomando mesmo a entrada nas misericórdias como o primeiro degrau de um percurso rumo aos lugares cimeiros do poder local” (ABREU, 2014, p. 85). Os investimentos das elites nas instalações de Misericórdias podem ser considerados, através da perspectiva da mobilidade social, também um exemplo de manutenção e/ou expansão do seu capital social e político, tanto dentro das

localidades onde atuavam, quanto através da mediação que realizavam entre as comunidades e o poder central.

Esse sistema assistencial implementado em Portugal marcaria uma padronização hospitalar e a instalação de uma rede de confrarias que tanto naquele país, como em suas colônias, possuíam os mesmos objetivos e funcionavam a partir de uma matriz organizacional comum. Como veremos a seguir, as Misericórdias instaladas no Brasil durante o período colonial ou redigiam seus estatutos inspirados na congêneres lisboeta ou seguiam seu compromisso, adaptado às necessidades locais.

### **1.3 A assistência à saúde no Brasil: caridade e filantropia**

As ações assistenciais em Portugal influenciaram muito as práticas de assistência no Brasil, marcado, principalmente, por dois modelos: o primeiro, que foi caracterizado pelo predomínio da Irmandade da Misericórdia, confraria cujos hospitais tinham como finalidade a caridade, representando a principal instituição de auxílio à pobreza até finais do século XIX. E o segundo a partir da inserção da filantropia, sob influência da medicina francesa, representada por uma maior racionalização dos problemas sociais, sobretudo, durante a Primeira República (1889-1930). Em ambos os tipos, destacam-se o caráter complementar entre as iniciativas públicas e privadas, no qual, segundo Russel-Wood (1981), as Misericórdias desempenhavam um papel “semiburocrático”, ou seja, entidades particulares prestando serviços de interesse público.

Esse sistema de complementariedade que atuou no Brasil foi influenciado, como dissemos, pelo modelo de assistência portuguesa, caracterizado, de acordo com Laurinda Abreu (2014, p. 11), como um meio de “coesão social”, no qual agiam diferentes grupos “os que providenciavam os recursos assistenciais, os que organizavam a sua distribuição (não necessariamente os mesmos) e aqueles que deles usufruíram”.

O sistema assistencial português, exercido pelas Santas Casas de Misericórdias foi implementado na colônia do ultramar ainda no século XVI, principalmente em cidades da zona litorânea, como Olinda, Santos, Salvador e Rio de Janeiro. A expansão para os interiores do Brasil ocorreu somente a partir do século XVIII e início do XIX. O movimento de instalação das Misericórdias esteve muito relacionado com a estruturação político-

administrativa da colônia, aliado, em princípio, com as sedes das capitânias. Renato Franco (2011, p. 66) ressalta essa relação afirmando que “por um lado, confirmava a precedência da Misericórdia como uma das principais confrarias em termos imperiais e, ao mesmo tempo, a presença de uma irmandade como a da Santa Casa nobilitava as pequenas e frágeis povoações do território americano, carentes de instituições e elementos de distinção”. Além disso, a presença das Irmandades da Misericórdia no Brasil, reproduzindo algumas estruturas sociais existentes em Portugal, também era uma forma de “recriar” os espaços de sociabilidade que caracterizavam a sociedade lusa, conforme apontou Russel-Wood (1981).

Entretanto, Franco verificou diferenças entre as Misericórdias fundadas entre o século XVI e a primeira metade do século XVII e, em um segundo momento, nos séculos XVIII e início do XIX. Paralelo a esse primeiro período ocorrido no Brasil, em Portugal as confrarias já estavam no seu auge, gozando de um prestígio inegável, dotadas dos privilégios dos enterramentos, nas procissões, eram prestigiadas por prestarem auxílio aos pobres e pela devoção às almas do purgatório.

Porém, no Brasil, para o período que Renato Franco chamou de “o primeiro impulso fundacional (1541-1650)” (FRANCO, 2011, pp. 65-73), isso só pode ser afirmado para as confrarias que estavam nas duas sedes administrativas da Colônia, Salvador e Rio de Janeiro. Nas demais, apenas a fundação das confrarias “não garantiu a essas irmandades a primazia na vida associativa local, tampouco estabeleceu uma rede uniforme de serviços” (FRANCO, 2011, p. 64). Questões locais como a capacidade financeira, a disposição das elites em dedicar-se à irmandade e a aceitação da comunidade foram definidoras no sucesso das Misericórdias. Por isso, não se pode fazer uma relação direta entre a fundação da confraria e a institucionalização dos seus serviços. Em alguns casos ou as Santas Casas desapareceram, ou “ficaram relegadas ao segundo plano, perdendo a vocação de primazia para outras irmandades, como foi o caso de Ilhéus, Vitória, Vila Rica ou Recife” (Idem, p. 65)<sup>7</sup>. Boa parte dessas Misericórdias, que fracassaram, especialmente as organizadas no entorno da região açucareira, perderam sua capacidade administrativa e parte de seus bens a partir da invasão holandesa. Franco (2011, p. 73) inclusive afirma que “a invasão desacelerou o ritmo de implantação de novas irmandades, interrompendo a expansão dessas congêneres na

---

<sup>7</sup> Renato Franco (2011), na sua tese, especialmente o capítulo 2, faz um detalhamento de todas as Misericórdias fundadas entre os séculos XVI e XIX. Neste momento, para os nossos objetivos, não cabe discorrermos sobre cada uma, ficando, por isso, apenas citado os casos gerais para que possamos ter uma noção de como a assistência era organizada no período colonial.

medida em que desacelerava também o surgimento de núcleos na área do açúcar”. Algumas confrarias, como as Misericórdias de Itamaracá e São Cristóvão, mesmo após a retirada holandesa, não conseguiram recuperar-se e permaneceram no ostracismo. Mesmo uma das mais expoentes como Olinda e São Luiz, embora tivessem mantido seu funcionamento, sofreram com a desorganização causada pelos conflitos com os holandeses no século XVII (FRANCO, 2011, p. 77-78).

O segundo momento na história das Misericórdias, entre o final do século XVII e durante o XVIII, após um período de 70 anos sem fundação da irmandade, foi marcado pela expansão dos territórios para o sul e o centro-oeste da colônia, onde algumas confrarias foram criadas. Entretanto, já não carregava mais tanta euforia em sua fundação. Os novos territórios conquistados e povoados a partir desse período não tinham mais as Santas Casas como modelo de caridade institucional. Em Minas Gerais, por exemplo, “o funcionamento das congêneres foi bastante irregular, ofuscadas por irmandades mais antigas e pelas Ordens Terceiras que floresceram a partir da década de 1740” (FRANCO, 2011, p. 79). A criação de Misericórdias ainda possuía prestígio e era incentivada, porém sua aceitação frente a Coroa era mais restrita, tendo como critério, sobretudo, se poderia se manter financeiramente. Fato que nos leva a pensar que a questão financeira, naquele momento, se sobressaía aos privilégios concedidos, antes mais valorizados.

Embora algumas Misericórdias representassem muito bem o mesmo modelo proposto em Lisboa, seguindo o ideal de salvação e participação das elites através do tratamento de pobres, doentes, crianças e desvalidos, não é possível afirmar que na Colônia elas atingiram o mesmo sucesso que no além-mar. A instalação de entidades como as Santas Casas de Misericórdia ocupou um lugar de destaque nas iniciativas caritativas no Brasil. Carregava consigo o sentido de abrigar e proteger aos “desprovidos de sorte”. Segundo a noção de caridade cristã, essas ações eram consideradas o dever de um bom cristão que, preocupados com a salvação de suas almas, doavam esmolas e/ou legados testamentais para o cuidado dos pobres. É relevante ressaltar que eram os doadores que designavam a obra assistencial a ser prestada com sua doação, portanto, eram privilegiadas obras de apelo moral e religioso. No que diz respeito às crianças, a função dessa entidade limitava-se em batizá-las, o que denota uma maior devoção ao cuidado espiritual do que ao material.

A assistência prestada no Brasil centrava-se no atendimento aos órfãos e enfermos e nas obras espirituais da Misericórdia, sobretudo, a celebração de missas e o enterramento de

defuntos. Porém, era através do tratamento de militares que as Santas Casas mais conseguiam benefícios régios. Socorrer aos soldados foi uma maneira encontrada pelas congêneres para obter recursos e conseguir manter um hospital regular. Nesse sentido, não por acaso que as Misericórdias do Rio de Janeiro e Salvador foram as de maior sucesso, por possuírem os maiores portos da colônia e os maiores contingentes militares. A do Rio, em específico, ganhou forças a partir da criação da Colônia de Sacramento, pois acolheu a milícia que se dirigia a Sacramento. “O atendimento aos soldados possibilitou à confraria respaldar-se localmente e angariar concessões e privilégios régios, negociando de forma a fazer valer seu papel estratégico” (FRANCO, 2011, p. 9). A seguir, trataremos à tona casos de algumas confrarias instaladas no Brasil, destacando suas funções assistenciais, quem eram os gestores e financiadores da assistência prestada e qual o público assistido.

### **1.3.1 Misericórdia de Salvador**

Como dissemos, o exemplo de Salvador foi um dos mais promissores. Fundado em 1549, o Hospital da Cidade de Salvador – que a partir do século XVII passou a ser chamado Hospital de São Cristóvão – era o único da Bahia e fora administrado pela Irmandade da Misericórdia. O que se justifica pelo fato de que na Colônia era de entendimento das autoridades que os serviços hospitalares não eram uma responsabilidade municipal, cabendo à Igreja, às ordens religiosas e às irmandades sua administração (RUSSEL-WOOD, 1981). Como no Brasil a Misericórdia destacou-se entre essas agremiações, ela desempenhou esse papel na Bahia e nos principais centros onde foram fundados hospitais no período colonial.

Os recursos captados pelo Hospital de São Cristóvão eram todos oriundos dos fundos da Irmandade, mantida através de doações e legados prestados por seus membros. A respeito do público que era atendido, agregava negros, mulatos e mestiços, tal qual era composta a miscigenada população baiana no período colonial. Esses grupos que se relacionavam ao regime de escravidão e, na maioria das vezes, eram abandonados na Misericórdia por seus senhores ou, a partir do século XVIII quando o preço de um escravo se tornou mais elevado, eram levados pelo senhor ao hospital para que pudessem se curar e voltar mais rapidamente ao trabalho. Também passavam pelo hospital os “brancos pobres”, como denominou Russel-Wood (1981, p. 222) àqueles colonos que imigraram para o Brasil e não possuíam um ofício

específico nem muitos recursos a sua subsistência. Os soldados da guarnição da Bahia também eram tratados na Misericórdia, assim como os marinheiros que aportavam.

Os dados que citamos anteriormente de Russel-Wood relativos ao público, dizem respeito, principalmente, ao período colonial. Para o início do Império, Renilda Barreto, em sua tese, ao ter como uma de suas fontes o Livro de assentos das pessoas que deram entrada no Hospital da Misericórdia da Bahia, conseguiu analisar com detalhes o público que era atendido entre os anos 1823 e 1851. Por meio de amostragem, identifica “7600 doentes, sendo 5376 homens e 2224 mulheres” (BARRETO, 2005, p. 193). Assim como na colônia, a população masculina ainda era maioria, sendo eles principalmente representados por marinheiros, militares, cativos e imigrantes portugueses – estes últimos inclusive correspondiam também à maior parte dentro da categoria da naturalidade dos atendidos. Entre a profissão mais recorrente, aparecem os marítimos, sendo maioria europeia, sobretudo de Portugal. A cor do público masculino também reflete a profissão e a naturalidade desses indivíduos, somando Portugal e o restante das nacionalidades europeias, correspondem a 62%, em 1848/49, sendo quase 100% trabalhadores navais. Barreto inclusive ressalta que “esse número significativo de marítimos reforça a relação entre o porto e as doenças, pois grande parte delas e todas as epidemias, sem exceção, chegaram em Salvador através do mar” (BARRETO, 2005, p. 199).

Por outro lado, “a maioria das mulheres que adoeceram e foram tratadas no Hospital São Cristóvão, era formada por mestiças, oriundas de Salvador e da sua circunvizinhança” (BARRETO, 2005, pp. 200-201). Além disso, era um público praticamente antagônico ao masculino: elas não eram portuguesas, não eram brancas, nem possuíam ofícios de ganho – as poucas que declaravam relacionavam-se a atividades de mulheres pobres: lavadeiras, costureiras e mendigas. Também eram solteiras. Dito isso, “este perfil caracteriza um grupo muito próximo da linha de pobreza, ou abaixo dela, que buscou na beneficência um meio de sobrevivência” (idem, p. 201).

Trouxemos esse exemplo da Bahia para ajudar na compreensão da assistência à saúde e à pobreza entre o período colonial e imperial, bem como seu público atendido. Com base nas conclusões de Renilda Barreto, percebemos que a questão, para nós fundamental, das implicações das redes de sociabilidade como determinante para ser ou não pobre, também afetou o contexto de Salvador. Afinal, o público atendido pela Misericórdia era aquele que estava de alguma maneira desprovido de laços. Fossem os homens, que em sua maioria, por

serem trabalhadores marítimos e portugueses, estavam longe de sua pátria, logo, de sua família e vizinhança; ou as mulheres pobres que solteiras, sem um meio de sustento, embora pudessem ter família, estavam mais suscetíveis à caridade pública em momentos de crise como uma enfermidade.

### **1.3.2. Misericórdia do Rio de Janeiro**

Outra Misericórdia que merece destaque é a do Rio de Janeiro, por sua importância na assistência e pelo fato de ter sido a cidade capital da Colônia, sucedendo a Salvador nesta função – daí talvez resida um dos distintivos destas duas instituições. Há controvérsias quanto ao ano de sua fundação, entretanto, é consenso afirmar que sua instalação se deu desde o início da colonização portuguesa na região, datada entre meados e fins do século XVI. Mariana de Melo (2009, p. 96) salienta que “a irmandade ocupava-se em atender aos necessitados desde a infância – no caso dos órfãos e enjeitados – até a velhice, concedendo auxílio aos doentes, esmolas a pobres e viúvas, abrigo aos idosos, além de socorrer aos presos, garantindo-lhes o sustento e assistência jurídica”. Além disso, outras obras espirituais também eram praticadas, como a responsabilidade pelo enterramento dos mortos, realização de missas em intenção à alma dos irmãos e acompanhamento dos condenados à morte.

Ao final do século XVIII, a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro era responsável pela administração e manutenção do maior hospital da cidade. O custeio dos atendimentos se dava, em sua grande parte, pela Irmandade, garantindo abrigo, assistência médica e socorro espiritual. O que nos leva, mais uma vez, a pensar a função dos hospitais nesse período, ao menos no contexto brasileiro, sendo muito mais um espaço de abrigo aos que batiam a sua porta. Porém, não eram apenas os pobres que se beneficiavam com o auxílio da Misericórdia. No caso dos senhores de escravos, se conseguissem pagar pela assistência prestada aos seus cativos, eram beneficiados através da manutenção da sua propriedade. Caso contrário, em que não tivessem condições de sanar sua dívida com a Misericórdia, a beneficiada era a Santa Casa, que, em troca de pagamento, incorporava o escravo a seus bens. Além disso, o Estado português também era beneficiado em outro sentido, através do atendimento aos soldados e marinheiros responsáveis pela proteção da cidade. Esse auxílio ao Estado confere à Santa Casa, o que Russell-Wood (1981) chamou de caráter semi-burocrático.

As ações da Misericórdia demandavam alto custo, as quais em parte eram mantidas pelas finanças régias, ainda que a principal renda era oriunda de esmolas, doações e legados deixados por particulares, em vida ou pós-mortem. Graças a esses recursos, os quais eram representados por meio de bens imóveis, dinheiro, escravos ou objetos pessoais, a Irmandade constituiu um vasto patrimônio e confirmou o caráter altamente prestigioso às elites que faziam parte dela. Obteve seu auge, sobretudo, ao longo do século XVIII, pois, a partir da descoberta das Minas, a cidade tornou-se um local de passagem comercial estratégico, o qual ligava o Atlântico ao interior. “Tal como a cidade, a Misericórdia do Rio de Janeiro cresceu em importância e diversificação dos serviços e, especialmente, a partir da segunda metade do século, foi monopolizada pelos comerciantes (FRANCO, 2014, p. 19)”.

Enquanto a elite se constituía no Rio de Janeiro através do comércio das Minas, ela também via no investimento na Misericórdia meios para investir seu patrimônio e se constituir socialmente na capital da Colônia. Ser um doador da Misericórdia, ou seja, praticar a caridade através deste gesto, era símbolo de distinção e prestígio social. Assim, reproduzia-se a herança do que ocorrera em Portugal desde o princípio da fundação da Irmandade de Lisboa no século XV. Percebemos, dessa forma, que fazer parte desta confraria no Brasil também era um meio de exercer e ampliar capital social, conforme já destacamos, no item anterior, que ocorria em Portugal.

Enquanto no Brasil, tal qual em Portugal, durante o período colonial se estabeleciam as Misericórdias como principais administradoras dos hospitais, o contexto europeu estava sofrendo fortes reformas no seu sistema hospitalar, sobretudo, a partir do final do século XVIII com a introdução da clínica, como visto anteriormente. Antes disso, cabe destacar que as instituições hospitalares na Colônia não possuíam as mesmas funções tal e qual possuíam na Europa do mesmo período. Enquanto no além-mar, em alguns contextos, no século XVI, os hospitais estavam caracterizados por ações que visavam resolver os problemas urbanos causados pelo crescimento desordenado das cidades, prestando assistência através da concessão de abrigo a peregrinos e viajantes, cuidado com os doentes e socorro aos indigentes. No Brasil, os hospitais recém estavam surgindo nas pequenas cidades que se instalavam nas Capitânicas. Pode-se dizer que na Colônia as necessidades eram mais emergenciais que as práticas realizadas naquele período na Europa, no sentido de organizar o princípio de prestação de socorros aos necessitados e atender a demanda de enfermos oriundos das epidemias causadas pelas más condições higiênicas dos locais onde se

aglomeravam as pessoas que chegavam ao Brasil e das embarcações que aportavam e traziam consigo as doenças que grassava a Europa.

A mudança na assistência e no papel das instituições hospitalares no Brasil ocorrerá a partir da fundação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, segundo Gisele Sanglard (2008). A historiadora relaciona as mudanças no cenário da assistência com a transferência da Corte para o Brasil, a partir da instalação dos cursos superiores, especialmente da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro. Em princípio denominada “Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica”, começou seu funcionamento no Hospital Real Militar, mas logo em seguida, em 1813, migra para a Santa Casa, onde a partir da segunda metade do século XIX instala-se totalmente (SANGLARD, 2008, p. 52). Ainda segundo a autora, a relação entre o ensino e a assistência na Santa Casa não se deu de maneira tranquila, ocasionando tensões referentes ao espaço, reclamações de falta de leitos, número de funcionários insuficientes, além dos conflitos de hierarquia. Se no começo do século o hospital contava com apenas 3 leitos e 1 médico, 1 cirurgião e 1 boticário, a partir dos anos 1850 as enfermarias foram ampliadas com mais 11 leitos, além de contar com “cerca de oito médicos e seus substitutos, um boticário e dez ajudantes, 27 pensionistas, outros 27 enfermeiros (as), 28 serventes, além de 18 irmãs vicentinas” (SANGLARD, 2008, p. 52).

Além dos conflitos estruturais, também estavam em cheque as práticas do hospital, ou seja, de um espaço exclusivo da caridade, a Santa Casa, transformava-se também em um local de ensino médico. A presença das freiras, que exerciam funções administrativas também colaborava nessa disputa, afinal, simbolicamente representava uma relação direta com práticas caritativas e religiosas. Inspirada em Othmal Keel, Sanglard afirma que “os confrontos podiam se dar entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados com os enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores, a respeito da função e do papel do hospital” (SANGARLD, 2008, p. 54).

Como no Rio de Janeiro, na capital gaúcha também houvera confrontos entre médicos e irmãs pelo controle administrativo e pela defesa das funções que aquela instituição deveria atender, pondo em questão a caridade e a terapêutica. No caso do Rio Grande do Sul, Beatriz Weber (1999) destaca conflitos semelhantes durante o processo de medicalização dos espaços de caridade. A Santa Casa de Porto Alegre aderiu ao Compromisso da Misericórdia em 1814, mas teve na última década do século XIX suas mudanças mais substanciais. Em 1893, a irmandade contrata as irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizem para administrarem o hospital. Porém, pouco

depois, em 1898, é fundada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre e suas aulas práticas são ministradas nas dependências da Santa Casa.

### **1.3.3. A filantropia e suas diferentes faces**

Expondo alguns desses contextos, percebemos como os hospitais passaram, gradativamente, a se tornar lugares de cura, inserindo em suas práticas critérios e conceitos determinados pela higiene, por meio da ação dos médicos. No Brasil, entretanto, só foi de fato consolidado durante a República. Se no período colonial a assistência aos pobres esteve muito restrita às iniciativas caritativas de ordens leigas ou religiosas, ao final do Império e, principalmente, no início da República, novos grupos sociais emergiram nesse cenário, com destaque para os médicos e para os filantropos. Estes últimos, segundo Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira eram pessoas que “investia[m] seu capital social e financeiro na abertura de instituições voltadas para o atendimento da população indigente” (SANGLARD; FERREIRA, 2014, p. 74), criando instituições laicas e vinculadas às especialidades médicas emergentes.

A filantropia era praticada em maior escala pelas elites que, sensibilizadas por motivos políticos, científicos ou morais, se responsabilizaram pelo processo de modernização da nação. Em grande medida, os provedores das Misericórdias podem ser exemplos de filantropos cujas atividades apesar de assumirem um caráter individualizado, seguiam e obedeciam aos desígnios nacionais. Os filantropos, no geral “partilhavam igualmente a consciência, herdada dos iluministas, de que os principais problemas de saúde advinham da precariedade, quando não mesmo da miséria da maioria da população. A eles se deve a transformação das questões de saúde em questões sociopolíticas” (ABREU, 2015, p. 8). A partir das descobertas de Louis Pasteur, na segunda metade do século XIX, a medicina preventiva e o higienismo ganham a agenda dos filantropos. No Brasil, a filantropia desponta com seu caráter de utilidade social, voltada aos mundos do trabalho e também entre os espaços de sociabilidade, entre os “salões e os laboratórios”, assim definidos por Sanglard (2008).

Entre fins do século XIX e o início do XX, se sobressaíam no contexto nacional os projetos políticos de construção da nação e “o discurso médico, tanto no que tange à questão saúde/doença quanto na defesa de sua profissionalização (novas especialidades surgindo, disputas profissionais, a nova relação médico/paciente, entre outras questões)”

(SANGLARD; FERREIRA, 2010, p. 439). Foi nesse contexto que a filantropia se despontou e se consolidou como “ação típica da elite, afastando-se da dimensão nitidamente caritativa que pautou suas ações até o século XIX” (idem).

De acordo com Maria Luiza Marcílio (2006, p. 132), a aliança entre médicos e filantropos reorganizou a assistência no país, criando novos modelos institucionais que se baseavam na prestação de serviços de saúde e/ou educacionais por meio de trabalho voluntário, com ações custeadas por doações filantrópicas ou pelo próprio Estado (MARCÍLIO, 2006). Uma evidência desse movimento foi perceber a mortalidade infantil enquanto um entrave ao progresso nacional. Com vistas a corrigir esse problema, as ações médicas identificaram sua causa, a alimentação infantil, e orientaram as ações filantrópicas no sentido de reunir recursos para executar sua estratégia de combate ao flagelo, ou seja, a instrução maternal em puericultura. Na medida em que os princípios da higiene e preceitos pedagógicos norteavam a ação de filantropos e dos médicos envolvidos nos projetos, podemos dizer que as ações filantrópicas possuíam forte apelo científico. A puericultura foi exemplo disso, já evidenciado por Ataulfo Paiva, enquanto grande conquista da ciência voltada à infância, sobretudo à primeira infância (*apud* SANGLARD; GIL; 2014, p. 72).

Além disso, outro elemento com grande influência nas ações filantrópicas foram as mudanças socioeconômicas ocorridas no Brasil pós-abolicionista, as quais provocaram a transformação na pobreza característica do país e mudanças sobre a quem recaía a responsabilidade de socorrê-la. Nesse período, as cidades receberam um grande contingente populacional, com o qual não sabiam lidar. Essa migração provocou aglomerações urbanas, desemprego, crescimento descontrolado e a demanda por novos cuidados. O retrato da pobreza urbana, até então composto por vadios ociosos, viúvas e órfãos, passou a integrar negros forros, imigrantes e trabalhadores urbanos. Ao mudar o assistido e quem o socorria, modificaram-se também as motivações da assistência e suas práticas, que passam a demandar ações filantrópicas e estatais, em conjunto ou separadamente.

Dessa maneira, a pobreza no Brasil torna-se uma *questão social*, que de acordo com Robert Castel (2015), significava que ao Estado caberiam ações gerais de cuidado e à filantropia ações específicas. Ou seja, a necessidade do provimento da assistência em conjunto com o Estado, o qual até então somente realizava ações isoladas, em casos, principalmente, epidêmicos, marcou a delimitação das funções das esferas públicas e privadas. No Brasil, nesta direção, as fundações de entidades assistenciais nesse período, entre as duas últimas décadas do século XIX e primeiras do XX, correspondiam a essa nova

ordem que se caracterizava na relação Estado e filantropia para o fornecimento da assistência à pobreza.

Uma alternativa para pensar sobre a divisão das responsabilidades públicas e privadas no que diz respeito à assistência, é a reflexão a partir de instituições leigas. No Brasil coube às Misericórdias a assistência à saúde dos pobres nas cidades nas quais estavam inseridas, como já pontuamos. Contudo, houve outras ações de assistência no mesmo período – só que dirigidas por irmandades leigas – muitas das quais derivadas das antigas corporações de ofício. Mônica Martins (2014) aponta que estas instituições foram responsáveis, ao longo do período colonial, pelo amparo aos trabalhadores, realizando funções que posteriormente seriam executadas pelas sociedades de auxílio mútuos. Evidencia-se, porém, que eram proteções excludentes, pois recusavam quem não estivesse inserido no mundo do trabalho formal, com algum recurso mínimo que o permitisse fazer parte de uma sociedade. Refletindo sobre o significado da ajuda mútua desenvolvido pelas irmandades leigas, a autora destaca o “recurso ao mutualismo como amparo que tanto garantia a segurança dos associados como representava uma prática que amortecia as dificuldades sociais” (2014, p. 33).

Ou seja, Martins entende as sociedades mutuais a partir da proteção social que prestavam aos seus associados. A autora inclusive reconhece esse tipo de socorro dentro da sociedade escravista, ao estudar, por exemplo, as irmandades leigas ligadas aos ofícios mecânicos, as quais analisa enquanto as primeiras experiências de práticas de auxílio mútuo ainda na Colônia. Afinal, garantiam crédito e ajuda financeira aos necessitados, bem como favoreciam relações de cuidado, solidariedade e confiança, sendo este tripé a base no interior das irmandades. Essas questões que pontuamos ajudam a pensar a respeito das origens das mutuais no Brasil, mas também pensamos nas mutuais para refletir sobre as estratégias dos trabalhadores pobres e suas possibilidades de integrar-se a uma sociedade enquanto meio de sobrevivência.

A pesquisa de Tania de Luca merece destaque pela forma em que adentra o universo do mutualismo, destacando suas funções e práticas em São Paulo. Aponta como ações praticadas pelas mutuais: a assistência jurídica aos sócios; a assistência médica e o fornecimento de medicamentos; também proporcionavam oportunidades de lazer aos sócios; garantiam o sustento da família do trabalhador em caso de desemprego ou de falecimento; entre outras. Ou seja, eram estruturas formais de proteção entre comuns, elemento necessário

e fundamental para a sobrevivência dos assalariados pobres no ambiente urbano. Por esse motivo, a autora afirma que a crescente urbanização no contexto pós-abolição foi uma das razões principais para a expansão do número de mutuais. Sua justificativa foi no sentido de que “a cidade, enquanto espaço potencial de conflito, estimulava a solidariedade operária, que se manifestava em ligas de resistência, socorros mútuos e uniões” (LUCA, 1990, p. 18). Dessa forma, as associações eram formadas por sujeitos que se uniam em prol de algum objetivo ou característica comum, sociedades organizadas a partir de empregados de uma mesma empresa, ou que compartilhavam uma mesma categoria profissional, ou ainda, sociedades organizadas por etnias, ou por pessoas que conviviam no mesmo espaço. Havia também as sociedades abertas, que não impunham restrições para admissão dos sócios.

No sentido de entender as associações e irmandades enquanto elemento importante para a sobrevivência dos trabalhadores, Monica Martins remete essa experiência ao período colonial, quando, por exemplo, oficiais mecânicos portugueses incorporaram a prática associativa já existente no Reino. Seu princípio era “garantir beneficência e auxílio mútuo aos irmãos artífices, nos limites em que permaneciam ausentes políticas sociais geridas pelo Estado” (MARTINS, 2014, p. 41). Ou seja, a experiência da associação mútua fazia parte de uma rede de proteção social mantida pelas irmandades, as quais praticavam assistência, ajuda mútua e garantiam seguridade aos profissionais. As práticas de auxílio consolidaram-se como formas de proteção e solidariedade entre os trabalhadores. Martins destaca isso enquanto a base das relações de trabalho no Brasil.

Retomando alguns pontos dos parágrafos acima sobre a pobreza urbana e a responsabilidade do Estado no seu provimento, é interessante pontuar o contexto do pós-abolição e da modernização dos espaços com o advento da República e sua relação com os mundos do trabalho. Na passagem do século XIX para o XX, os ideais em torno do progresso da nação influenciaram muito no que se pensava ser a cidade ideal, civilizada e moderna. Porém, para que isso fosse possível se fazia necessário acabar, ou pelo menos esconder, todas as mazelas da sociedade. Entre elas, a pobreza. A modernização das cidades trouxe consigo uma especialização dos espaços, e, inclusive, uma divisão entre os trabalhadores, como apontou Carlos José Santos (1998). Havia diferenças entre os pobres trabalhadores das vilas operárias e os que viviam em casebres, cortiços, becos e nos subúrbios. Em São Paulo, por exemplo, a intenção da prefeitura, através da sua inspetoria sanitária, era acabar com essas moradias, centrando os trabalhadores nas vilas, local disciplinado e dedicado a eles.

Dessa forma, “cada grupo social teria um lugar vinculado ao trabalho, ao modo de vida, à nacionalidade e à parcela da população à qual pertencesse” (SANTOS, 1998, p. 76). Quem estivesse fora do que era considerado um ofício digno e os que vivessem em lugares indesejáveis aos olhos das autoridades, eram rejeitados e considerados perigosos.

As ações de urbanizar e sanear os espaços andavam de mãos dadas, assim, os projetos de modernizar a cidade perpassavam pelo processo de saneá-la, limpá-la, retirando dos centros, por exemplo, os pobres e suas habitações irregulares. Tal qual aconteceu no Rio de Janeiro, como Sidney Chalhoub (2017) estudou, através das destruições dos cortiços e da exclusão da população pobre do centro da capital para o alargamento de avenidas e a construção de uma cidade moderna. A pobreza e suas atitudes consideradas imorais, configuravam uma imagem do pobre enquanto criminoso, vagabundo, mazela social que deveria ser afastada para dar lugar ao trabalhador formal, saudável, limpo, ou seja, ao sujeito civilizado. A noção de “classes perigosas” esteve associada a essa imagem, relacionando a pobreza à criminalidade e ao vício. De acordo com Chalhoub, o “bom pobre” era o honesto, trabalhador; e o “pobre vicioso” era aquele que vivia da pobreza, que não consegue acumular. Assim, para entender a justificativa daqueles que queriam expulsar as classes perigosas do centro do Rio, Chalhoub (2017, p. 26) a interpreta através da premissa de que “os pobres carregam vícios, os vícios produzem os malfeitores, os malfeitores são perigosos à sociedade; juntando os extremos da cadeia, temos a noção de que os pobres são, por definição, perigosos”. O ponto de vista que considerava a pobreza de um indivíduo um fator suficiente para julgá-lo perigoso teve consequências na maneira como as autoridades públicas trataram os pobres, especialmente no que diz respeito às políticas de controle e disciplinarização dessa população, a destruição das habitações populares foi um exemplo.

Citando caso análogo, relacionavam-se as políticas de controle da pobreza com o contexto da abolição da escravatura. Partindo do pressuposto da “teoria da suspeição generalizada” (CHALHOUB, 2017, p. 28), tinha-se a desconfiança em relação aos negros libertos, sobre como se sujeitariam ao trabalho na condição de livres para que dessem continuidade à acumulação de seus senhores, agora patrões. A discussão, a partir de 1888, a respeito da repressão à ociosidade ia no sentido de garantir a manutenção da ordem no mundo do trabalho sem os recursos das obrigações impostas pelo cativo. Instituições de controle, como a polícia, legitimadas a partir da premissa das classes perigosas, atuaram de maneira efetiva com práticas de contenção e vigilância da pobreza.

Ademais, a normatização dos espaços foi um meio encontrado para disciplinar a população. José Roberto do Amaral Lapa (1996), estudando a cidade de Campinas, analisou as novas relações impostas pela civilidade vinculadas ao espaço urbano, à saúde e à doença. A partir do último quartel do século XIX, Lapa identificou os novos hábitos que foram impostos à cidade, transformando aquele espaço que antes era marcado pela informalidade em um ambiente regido pelas novas leis, regidas pelas Posturas Municipais<sup>8</sup>. Os pobres foram os mais afetados por essas mudanças. Assim como as casas deveriam ser numeradas e identificadas, os mendicantes e miseráveis também. Inclusive recebiam uma chapa de metal com um número de registro, cujo objetivo era que a Intendência pudesse controlar todo aquele que estivesse impossibilitado de garantir sua subsistência através de um trabalho lícito. Era o que previa uma “lei para os mendigos” (LAPA, 1996, p. 125), em que todos aqueles que se considerassem nessa posição de miserabilidade deveriam recorrer a Câmara Municipal, se auto declarar como tal e, dessa forma, recebiam seu registro e a eles era permitido manter-se na mendicância.

A presença de miseráveis nas ruas perpassava o que Lapa chamou de “problema social” (p.221). Faziam parte disso também os órfãos, as prostitutas, as mães solteiras, os criminosos, trabalhadores informais, todos estes que Sandra Pesavento, estudando Porto Alegre, chamou de “habitantes subalternos da urbe [que] precisavam ser enquadrados” (PESAVENTO, 1998, p. 9). Embora o viés da autora seja mais economicista e ela responda a suas questões pensando no controle social e na dominação da burguesia sobre a pobreza, em alguns pontos se aproxima de Lapa, quando ambos indicam as soluções tomadas para resolver os problemas sociais: recolhimento dos mendigos aos asilos; os miseráveis eram atribuídos à caridade pública e as autoridades deveriam forçar os indivíduos ao mercado formal de trabalho.

Dentro de uma certa política de isolar e conter aqueles considerados “perigosos” e de que a mendicância era uma ameaça à ordem social, referindo-se ao contexto da Bahia, Walter Fraga Filho (1996) também apontou como solução a criação dos Asilo de Alienados e da Mendicância. Ambas instituições serviriam para eliminar das ruas aqueles vistos como

---

<sup>8</sup> Em 1828, foi publicado o primeiro regulamento brasileiro para o funcionamento das Câmaras Municipais, no qual estava previsto suas funções, formas de eleição e medidas sobre as posturas policiais. Entre as responsabilidades da Câmara, estavam a organização e o controle do espaço urbano, cuja regulação se deu através da promulgação de um conjunto de normas chamado “Código de Posturas Municipais”. Sua finalidade era “regular a vida pública das cidades, envolvendo aspectos de comportamento, convívio, preservação da ordem, segurança, higiene e saúde pública” (ROSSI, 2015, p. 65).

indesejados, que não poderiam fazer parte da cidade civilizada e moderna que se previa, tal qual referimos acima para o caso de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Assim como nos demais contextos, na Bahia também era caridade pública, através da elite local, quem financiava essas instituições voltadas para a pobreza, através de donativos, legados pios e esmolas particulares. Enquanto ao poder público cabia contribuir muito pouco, normalmente, através de subvenções.

Pensando a criação do Hospital de Caridade de Santa Maria, um dos objetos de análise dessa tese, vemos algo semelhante, no que diz respeito ao financiamento. Embora não recebesse mendigos, nem alienados, grande parte do seu público eram os pobres subvencionados pela Intendência. Na sua fundação, os acordos firmados previam que os poderes públicos contribuiriam com subvenções e, em contrapartida, seriam atendidos os pobres da cidade. Porém, boa parte das verbas arrecadadas para construção e início do seu funcionamento foram concedidas pela elite local através de donativos – no próximo capítulo aprofundaremos mais essas questões. Percebemos, brevemente, para o caso de Santa Maria, mas também para os demais casos aqui apresentados, a clara menção ao que Castel (2015) interpretou sobre o papel das esferas públicas e privadas no que diz respeito à assistência. Destacamos o quanto durante o século XIX e, principalmente, a partir da República, essas áreas estavam completamente interligadas, agindo de uma forma que entendiam ser claras suas delimitações. Dessa forma, foi a partir da união de forças privadas e públicas que conseguimos interpretar como o auxílio aos pobres transcorreu nesse período.

Como as reflexões, até o momento, estiveram muito focadas nas principais cidades do Brasil desde a Colônia, passando pelo Império e início da República; a seguir trataremos de contextos mais interioranos, buscando entender como a assistência à saúde e à pobreza se desenvolveu para além das capitais do país.

#### **1.4 A assistência nos interiores do Brasil**

Conforme abordamos anteriormente, as instituições assistenciais mais destacadas no período colonial e imperial foram as Misericórdias e estavam localizadas principalmente nas sedes das províncias ou mesmo da Coroa, como o caso do Rio de Janeiro. A maioria dos estudos estão centrados nas Santas Casas das capitais, sobretudo no Rio e em Salvador.

Porém, nesse momento nos interessa dialogar com pesquisas que versem os interiores do Brasil, cidades que cresceram demograficamente e receberam hospitais em um tempo mais tardio. Também é relevante pensar essas outras localidades porque elas se aproximam mais do contexto que temos como objeto dessa tese, o interior do Rio Grande do Sul. Lugares que, ao longo do Império, receberam imigrantes; alteraram sua principal mão-de-obra escravista para o trabalho livre; expandiram sua economia; que tiveram suas paisagens urbanas completamente modificadas com a chegada da ferrovia. Nesse sentido, traremos as investigações sobre os interiores de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro como exemplos para elucidar essas questões e ajudar a pensar o sul do país.

#### **1.4.1 Rio de Janeiro**

Tania Pimenta, investigando sobre a assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do século XIX através das Casas de Caridade, procurou responder a problemática sobre quais os recursos assistenciais disponíveis à população do interior e como esse público interagiu com as instituições. Pensando nas relações entre o público e o privado no provimento da caridade, a historiadora aponta que as instituições eram mantidas através “de recursos de cidadãos locais e dos governos municipais e provinciais” (PIMENTA, 2017, p. 42).

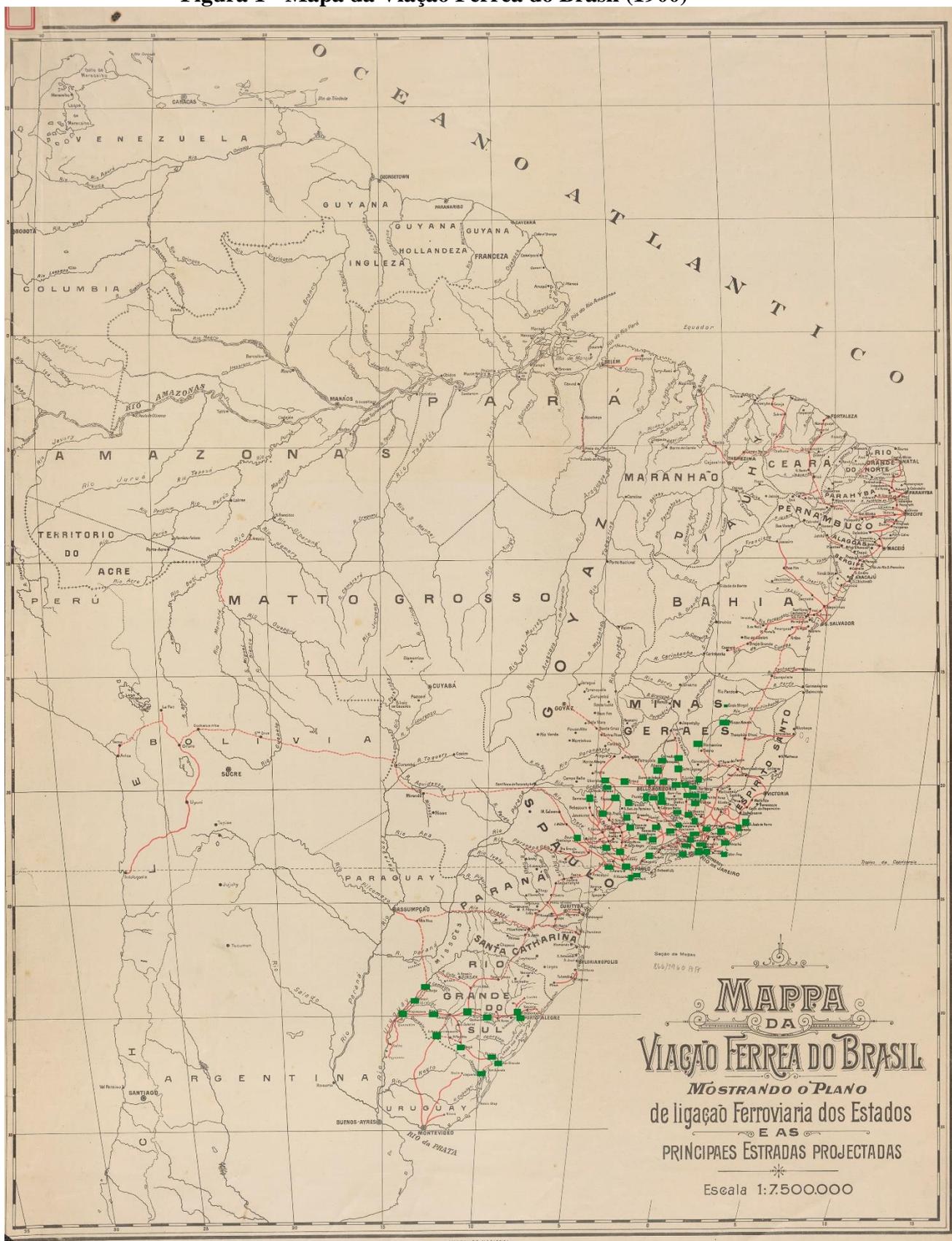
Nenhuma das Santas Casas se aproximava em termos de número de assistidos e recursos à congênere da cidade do Rio de Janeiro. Entre as interioranas, a maior, com relação ao patrimônio e ao orçamento, era a Misericórdia de Campos, fundada em 1792. Pimenta indica como possibilidade interpretativa a relação entre a Santa Casa e a Câmara e o fato de ficarem na cidade os impostos da produção do açúcar, garantindo autonomia ao local. Ao longo do oitocentos foram fundados vários hospitais no interior fluminense, não necessariamente todos eram da Misericórdia. Alguns decorreram de outras irmandades, como o caso de Cabo Frio, que era administrado pelos irmãos de Santa Isabel ou ainda eram organizados pelas Câmaras Municipais, como em Magé. Na década de 1830 ainda foram fundados hospitais em Angra dos Reis, Paraty, Resende e Valença. Na década de 1850, Petrópolis, Vassouras e Niterói também receberam hospitais de caridade. No decênio seguinte foi a vez de Itataguí, Piraí e Barra Mansa. E, em 1870, São João da Barra, Macaé e Cantagalo criaram seus hospitais, além da instituição niteroiense, que surgiu como uma

iniciativa privada, passou a ser, nessa década, administrada pela Província do Rio de Janeiro (PIMENTA, 2017, p. 43).

O estabelecimento dessas casas de caridade esteve associado à expansão cafeeira no sudeste brasileiro, tendo o Rio de Janeiro na década de 1870, atingido a marca dos 78% do total da produção de café no Império (PIMENTA, *idem*). Logo, esse índice influenciou diretamente na criação de estradas para escoamento da produção, fundações de cidades em seus arredores e o conseqüente crescimento populacional da região. Sendo assim, emergiram demandas por assistência à saúde naquelas cidades. Outro fator determinante foi a criação das ferrovias, a partir de 1850, que interligavam a Província de leste a oeste e do norte ao sul. A primeira, inaugurada em 1854, por iniciativa de Irineu Evangelista de Sousa, futuro Barão de Mauá, ligava a capital imperial a Petrópolis, cidade sede do palácio de verão de D. Pedro II. Porém como a estrada só possuía 14,5km, o restante do trajeto ainda era realizado por carruagens. Esta via abriu caminhos para o amplo projeto do Império, de ligar o Rio de Janeiro ao Vale da Paraíba e, posteriormente, a Minas Gerais (FINGER, 2013, p. 52). A ferrovia chegou em Minas em 1869, com a inauguração da Estrada de Ferro D. Pedro II (depois denominada E.F. Central do Brasil), ligando o terminal de Três Rios (RJ) a Porto Novo (MG). Nesse ano, a extensão do tráfego chegava a 713km, ou seja, em 15 anos, houve um acréscimo de quase 700km de ferrovia no sudeste brasileiro. Na década de 1870, os ramais continuaram em expansão, especialmente entre a Zona da Mata mineira e fluminense, atingindo os 3397,9km em 1880 (BATISTA; GODOY, 2012, p. 4).

Para além das facilidades no escoamento da produção cafeeira e de propiciar a circulação de pessoas das mais diversas regiões, a estrada de ferro também trouxe ônus a parte da população. Os trabalhadores da sua construção constantemente sofriam com acidentes ou adoeciam em zonas longínquas, sendo demandada atenção maior a este público. Na figura 01, exposta a seguir, datada de 1900, conseguimos visualizar toda a extensão das estradas de ferro construídas e projetadas no território brasileiro. Para viabilizar a análise da assistência relacionada à ferrovia, destacamos nele, em pontos verdes, as cidades que possuíam hospitais nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Embora o nome das cidades seja mais difícil de ser visualizado, serve para termos uma noção da concentração de hospitais ao longo do traçado férreo.

Figura 1 - Mapa da Viação Férrea do Brasil (1900)



Fonte: Arquivo Nacional - BR\_RJANRIO\_F4\_0\_MAP\_0320\_m0001

Assim como alguns hospitais foram fundados nas cidades por onde a ferrovia ia sendo inaugurada, outros que já existiam necessitaram de auxílio para atender a grande demanda desses trabalhadores. Segundo Pimenta, os administradores das casas de caridade intensificaram seus pedidos de financiamentos às autoridades. A irmandade de Vassouras solicitou subvenções para custear esse público doente oriundo das estradas de ferro e, igualmente, a Casa de Caridade de Resende, alegando que “a receita tende a decrescer, entretanto que aumenta o número de doentes pobres, que recorrem ao hospital, sendo muitos trabalhadores de obras públicas, e da estrada de ferro, e moradores de municípios limítrofes de São Paulo e Minas” (RPPRJ, 1862 *apud* PIMENTA, 2017, p. 44). O fato da instituição se remeter aos trabalhadores enquanto doentes pobres nos reporta a relação entre a ausência de redes de proteção e pobreza, pois esses indivíduos que estavam construindo estradas em zonas afastadas, provavelmente situavam-se distantes de suas famílias e residências, estando a mercê da caridade pública quando adoeciam.

Embora de outra perspectiva, a demanda pela assistência no interior do Rio de Janeiro esteve relacionada com a falta de redes de apoio, ao pensarmos o público do contexto pós-abolição para uma região de grandes escravarias. Gisele Sanglard (2017) destaca que a pobreza em Valença, no Vale do Paraíba fluminense, foi redefinida após o fim do escravismo, em 1888. Concordando com José Roberto do Amaral Lapa (2008), apropria-se da afirmação de que nem todo pobre era escravo no século XIX, destacando que, especialmente, por dois motivos os escravos estavam em certa medida protegidos. O primeiro fator relaciona-se com as redes de solidariedade primárias, que dizem respeito à solidariedade no campo, comuns desde as sociedades medievais, em que havia laços de interdependência entre senhores e vassallos. E o segundo, relativo a assistência médica que o escravo recebia nas fazendas, foi através do Dicionário de Medicina Popular<sup>9</sup>, conhecido por *Chernovicz*, ou de atendimentos de um médico em enfermarias no interior das fazendas. Sendo assim, indica Sanglard (2017, p. 138): “o escravo, principalmente aquele que vivia nas fazendas, ao se tornar liberto tinha maiores chances de encontrar a miséria, pois, da noite

---

<sup>9</sup> Trata-se de um manual médico elaborado pelo dr. Chernovicz, o qual foi fundamental à difusão de saberes e práticas aprovados pelas instituições médicas oficiais. Em locais mais longínquos do Brasil ou que a presença de médicos era escassa, o Dicionário de Medicina Popular foi fundamental à instrução de leigos da medicina, curandeiras, boticários, senhores e senhoras de escravos. Afinal, possuía as descrições das doenças, além de indicações de tratamentos e medicamentos que deveriam ser empregados para curá-las.

para o dia via-se sem local de moradia, alimento e vestuário, e devendo, seu salário, suprir estas necessidades”.

Investigando a Santa Casa da Misericórdia de Valença, entre 1882 e 1897, Sanglard percebe que o perfil dos internos após a abolição se altera, aumentando a faixa etária dos socorridos, “de uma população formada majoritariamente por homens, jovens, solteiros e brancos; para uma população de homens, velhos, viúvos e pretos (logo, egressos do cativo)” (SANGLARD, 2017, p. 145). De acordo com o Compromisso de 1838 da Misericórdia, que vigorou até 1911, na Santa Casa só seriam aceitos os desvalidos que não tivessem condições de serem atendidos em suas residências, ou que se encontravam distantes de familiares ou amigos que pudessem lhe acudir; ou seja, aqueles que estivessem fora dos seus laços de solidariedade. Sendo assim, ao identificar que os atendimentos após 1888 crescem no número de egressos do cativo, a historiadora está apontando para este caminho, no qual a assistência à pobreza no Vale do Paraíba fluminense era prestada àqueles que não possuíam redes sociais que os protegessem.

#### **1.4.2 Minas Gerais**

A escravidão e a assistência também estiveram muito relacionadas em Minas Gerais, entre o final do século XIX e início do século XX. Virna Braga (2015) destaca que a questão social naquela província emergiu a partir da segunda metade do oitocentos, pois Minas possuía o maior número de escravos do Brasil, segundo o censo de 1872. Através das leis abolicionistas e mesmo após a abolição, o número de egressos do cativo não diminuiu, acentuando o processo de empobrecimento dessa população dadas as poucas condições de trabalho que os escravos possuíam. Além disso, a autora ainda destaca a relação entre o desenvolvimento econômico e o aumento da densidade demográfica de várias cidades como fator determinante para o aparecimento de instituições de assistência dedicadas aos desvalidos: pobres, doentes, alienados, órfãos e idosos. A gerência dessas entidades ficava a cargo das “confrarias da Misericórdia e de São Vicente de Paulo, as primeiras com predomínio dos Hospitais das Santas Casas de Misericórdia e os vicentinos com maior número de asilos e orfanatos” (BRAGA, 2015 p. 50). Braga (2015) sugere que o financiamento dessas organizações ficava a cargo da união entre o público e o privado: o Estado provia através de subvenções; e particulares, como coronéis, barões, baronesas,

confrades ou não, colaboravam através de donativos às instituições. Essas verbas destinavam-se ao socorro dos desvalidos, à manutenção de doentes indigentes e alienados internos.

Buscando traçar um perfil da população pobre na província mineira, Braga (2015, p. 80) aponta que, em sua maioria, eram pessoas que “tinham profissões que exigiam menor qualificação ou especialização: jornaleiro, lavrador, cozinheiro, engomadeira, ferreiro, pedreiro, negociante”. Dessa forma, “trabalhos que exigiam pouca qualificação significavam salários mais baixos e, por consequência, maior dependência da caridade”. Analisando alguns casos específicos de Misericórdias pelo interior de Minas Gerais, a historiadora indica que em Caldas e Caeté a maioria da população pobre era formada por pretos e pardos; em Santa Luzia era predominantemente por solteiros ou viúvos, tal qual em Oliveira. Em Diamantina, além de também serem solteiros e viúvos, possuíam uma idade avançada, tinham ocupações semelhantes às aquelas que já citamos e eram em sua totalidade ou pardo ou pretos. Apenas para citar alguns casos, ao longo da pesquisa Virna Braga analisa várias cidades, percebendo que em Belo Horizonte esse padrão também se repetia. Concluindo que “o assistido em Minas Gerais era predominantemente solteiro ou viúvo, sem família ou parentes próximos, e com pouca ou nenhuma especialização profissional” (BRAGA, 2015, p. 86).

Tratava-se de uma população pobre que, mais uma vez percebemos, estava desprovida de capital social e de redes de proteção. Considerando serem ou viúvos ou solteiros, indica que seus laços de solidariedades primária eram restritos, se não nulos. Além disso, o fato de, por exemplo, serem jornaleiros, implicava em trabalhos temporários, que poderiam ser em vários locais na mesma cidade, ou não, reduzindo suas possibilidades de estabelecer redes a partir do seu trabalho ou de moradia fixa, que também era modificada conforme a demanda por estar mais próximo ao emprego ou devido ao preço do aluguel.

Virna Braga não relaciona em sua pesquisa a criação de instituições de assistência no interior mineiro à expansão das estradas de ferro, entretanto, comparando a data de fundação de vários hospitais com a chegada da ferrovia, percebemos que esses elementos possuem ligação. Na figura 01, destacamos as cidades que até 1910 já possuíam hospitais e percebemos que todas possuíam entroncamentos ferroviários. Não podemos afirmar que para todos os contextos, os hospitais tiveram suas fundações relacionadas à ferrovia, afinal, devido à exploração das Minas e das rotas dos bandeirantes paulistas desde o século XVIII,

várias cidades apresentavam estruturas urbanas minimamente organizadas, com seus hospitais datados desde o setecentos.

O norte mineiro traz um caso interessante para análise, Diamantina, tem sua Santa Casa de Misericórdia fundada em 1790, porém a estrada de ferro só chega à região em 1911. Já outras cidades vizinhas, de menor porte, como Peçanha e Teófilo Otoni, que foram contempladas pelo mesmo ramal de Diamantina (SOUZA, 2018), terão seus primeiros hospitais criados a mesma época, em 1913<sup>10</sup>. Necessitaríamos de uma pesquisa mais detalhada desses lugares para aprofundar essa investigação, entretanto, lançamos a hipótese de que nas cidades interioranas que tiveram, a partir da instalação da ferrovia, seu *boom* econômico e populacional, a criação de instituições de assistência acompanhou esse processo.

### 1.4.3 São Paulo

Os vínculos entre assistência à saúde e à pobreza e as estradas de ferro estão muito presentes quando pensamos o contexto paulista da segunda metade do século XIX e início do século XX. Historiadores afirmam que no final do período imperial “com o fortalecimento no estado de São Paulo do trinômio cultura cafeeira, expansão ferroviária e crescimento populacional, foram impulsionados o crescimento e a criação das irmandades no estado, onde somente a Irmandade de Sorocaba (1803) destoou das demais 16 irmandades criadas após 1850” (IBAÑEZ; DUARTE; DIAS; 2011, p. 140). Os efeitos causados pela expansão cafeeira e a chegada dos imigrantes geraram uma demanda por cuidados, especialmente a grande população imigrante que muitas vezes chegava doente e necessitando auxílio. Durante a Primeira República, o quadro sanitário foi agravado pelas epidemias que “não só ameaçaram as correntes migratórias no final do século, como atingiram a população urbana trabalhadora”. Contexto que motivou ações “mais efetivas do Estado e orientaram a criação das irmandades e também de hospitais filantrópicos para atender diferentes públicos (imigrantes e contribuintes) e diferentes especialidades” (IBAÑEZ; DUARTE; DIAS; 2011, p. 145). A união entre setores públicos e privados

---

<sup>10</sup> Dados das fundações dos hospitais extraídos do “Quadro das Instituições de caridade existentes no estado de Minas Gerais em 1923” (BRAGA, 2015, pp. 240-245).

também funcionou em São Paulo, tal qual em Minas Gerais, através de subvenções do Estado e doações das elites para o provimento da assistência.

Não foi apenas a capital paulista que sofreu efeitos da produção cafeeira, a interiorização das Santas Casas em São Paulo também acompanhou esse processo, fomentado pela expansão das estradas de ferro. Campinas é um exemplo interessante para pensar nesse sentido. Na segunda metade do século XIX, os elevados resultados do café, associados à posição estratégica da cidade, impulsionaram a introdução da ferrovia na região, propulsando o crescimento populacional acelerado. A cidade passou por uma ampla modernização da infraestrutura urbana, com novos serviços, novas funções e novos espaços. Lapa (1996) afirma que esse período foi uma fase de transição na cidade. Através da transformação de pequeno vilarejo, onde todos se conheciam, em um ambiente superlotado de novos habitantes, no qual as relações informais, entre desconhecidos, tornaram-se predominantes. A partir de 1850, a rápida acumulação de capital oriundo das lavouras de café, despontou na aristocracia cafeeira anseios por modernidade. O calçamento das ruas, a iluminação a gás, os bondes, a ampliação dos espaços de lazer e a construção de suntuosos palacetes deram a Campinas ares da racionalidade burguesa europeia. Entretanto, em paralelo com a construção da nova cidade, uma massa de marginalizados viviam sob parcas condições, na constante mira das autoridades policiais e da Câmara, que através de suas Posturas regulavam os espaços e as atividades desses grupos. Enquanto as elites desfrutavam do progresso, os pobres residiam em habitações coletivas, insalubres, à sombra das ameaças epidêmicas.

De acordo com Leila Rocha (2005, p. 93), “nesse processo ‘modernizante’, a saúde pública destacou-se dentre as preocupações do poder público e da sociedade. Contudo, naquele momento, as preocupações relativas à saúde significavam limpeza pública, principalmente, melhorias visuais e olfativas do espaço urbano”. Como resposta, Rocha afirma que houve uma união entre as iniciativas privadas e públicas para enfrentar os problemas sanitários, ocasionando uma expansão dos serviços prestados pela filantropia na cidade.

As epidemias, sobretudo de febre amarela propagada através da ferrovia, que assolaram Campinas no último quartel do século XIX, deixaram como legado uma legião de órfãos, mendicantes e pobres desamparados. A saída encontrada pela elite campineira, com o apoio da Câmara Municipal, foi “a criação de inúmeras instituições para os desvalidos.

Entre elas: Lyceu de Artes e Ofícios (1897), destinado a abrigar órfãos e abandonados; Sociedade São Vicente de Paula (1892); Asilo de Mendigos (1904), destinado aos adultos desassistidos; Sociedade Protetora dos Pobres (1889) entre outros” (ROCHA, 2005, p. 100).

Roberto do Amaral Lapa, aponta a construção da Santa Casa, inaugurada com o nome de Hospital de Charidade, como a melhor representação da “racionalidade institucional da filantropia a serviço da sociedade” (LAPA, 1996, p. 218). A iniciativa surgiu de um cônego local, que angariou fundos para sua construção através de donativos de indivíduos e instituições da cidade e região, mobilizando apoio da capital da Província e do Império. A Companhia Mojiana de Estradas de Ferro também foi um importante parceiro em favor do hospital. Para sua gerência foi criada a Irmandade da Misericórdia que, segundo Lapa, contava com 302 irmãos matriculados regularmente, “número que tendia a aumentar por vários motivos, como, por exemplo, o de haver na população uma disponibilidade de pessoas ricas, cuja identidade e status podiam definir-se inclusive pela condição de irmão” (LAPA, 1996, p. 219). Iniciado em 1876, o processo de fundação da Santa Casa comprova, mais uma vez, o que temos demonstrado ao longo da discussão historiográfica sobre pobreza e assistência: a união das iniciativas públicas e privadas como uma resposta à questão social - ao atendimento e socorro à pobreza.

No próximo capítulo, quando nos dedicaremos ao processo de criação do Hospital de Caridade de Santa Maria, veremos o quanto, em certa medida, o interior de São Paulo e o interior do Rio Grande do Sul se assemelharam. Embora as formações das elites fossem diferentes – a paulista predominantemente cafeeira e escravista; e a gaúcha majoritariamente pecuária e com plantéis bem menores – no que diz respeito às iniciativas assistenciais, especialmente em se tratando do seu financiamento através do Estado e de recursos da ferrovia, o processo de fundação desses hospitais possuem vários pontos em comum.

## **1.5 Introdução à assistência no Rio Grande do Sul**

Antes de adentrarmos na assistência do interior sul-rio-grandense, faz-se necessário compreender como ela era constituída, em geral, no estado. A primeira instituição de socorro médico e assistencial da Província do Rio Grande do Sul de São Pedro foi o Hospital de Caridade de Porto Alegre, fundado em 1803, que “adquiriu o status de Misericórdia” em

1814 e iniciou os atendimentos em 1826. Era regida pelo Compromisso e remetia-se a Misericórdia do Rio de Janeiro, que adotava o de Lisboa (QUEVEDO, 2016; TOMASCHEWSKI, 2014).

De acordo com Éverton Quevedo (2016) até a fundação da Misericórdia de Porto Alegre, não havia hospitais na Província, apenas fazendo menção a registros que apontaram para a existência de três instituições militares de cunho hospitalar em 1779, com sede em Rio Grande, Rio Pardo e Porto Alegre. Porém, essas instituições tinham como objetivo atender exclusivamente aos soldados residentes ou transeuntes na Província. O mesmo historiador traz uma tabela com os hospitais existentes até 1890 que serve de base para introduzirmos esta temática.

**Quadro 1– Hospitais no Rio Grande do Sul até 1890**

<b>Instituições mantenedoras – Ano de criação</b>	<b>Ano de início das atividades hospitalares</b>	<b>Cidade</b>
3 instituições hospitalares de cunho militar	Em funcionamento no ano de 1779	Rio Grande, Rio Pardo e Porto Alegre
Criação oficial em 1803 pela Câmara. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 1814	1826	Porto Alegre
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, 1835	1835	Rio Grande
Irmandade da Santa Casa de Caridade de Pelotas, 1847	1848	Pelotas
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre, 1854	Fevereiro, 1854 – Convênio com Santa Casa; Fevereiro, 1859 – Compra de prédio para montar hospital; Junho, 1870 – Prédio próprio	Porto Alegre
Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel, 1855	1856	São Gabriel
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Rio Grande, 1854	Maio, 1857 – Aluguel de prédio para montar hospital; Setembro, 1861 – Prédio próprio	Rio Grande
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, 1857	Setembro, 1857 – Aluguel de prédio para montar hospital; 1861 – Prédio Próprio	Pelotas
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Bagé, 1859	1875 – Prédio próprio	Bagé
Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete, 1872	1876	Alegrete
Irmandade da Santa Casa de Caridade de Bagé, 1874	1883	Bagé
Irmandade da Santa Casa de Caridade de Jaguarão, 1862	1883	Jaguarão

Hospício São Pedro	1884	Porto Alegre
Hospital Militar	1890	Porto Alegre

Fonte: QUEVEDO, 2016 pp. 81-83

O quadro 01 demonstra que, até 1890, os hospitais estavam em praticamente três cidades: a capital Porto Alegre, Pelotas – principal núcleo da economia do charque na Província –, e Rio Grande – sede do único porto marítimo, rota obrigatória para embarcações que entravam e saíam carregadas de mercadorias, interligando o Rio Grande do Sul com as demais províncias e os países vizinhos, Argentina e Uruguai. A exceção dessas cidades, havia hospitais em Bagé, Jaguarão, Alegrete e São Gabriel, região da Campanha, fronteira com o que hoje conhecemos pelos países da Argentina e Uruguai, na época Confederação Argentina e Banda Oriental, respectivamente. O município de Bagé, localizado no sul da Província, juntamente com Alegrete, “era o mais importante da região da Campanha sul-riograndense no que diz respeito à produção pecuária, com sua economia diretamente ligada às charqueadas pelotenses” (MATHEUS, 2016, p. 33).

Ainda no quadro 01, ao olharmos para a primeira coluna, onde consta o nome das instituições, nota-se que a exceção do Hospital Militar de Porto Alegre, todas as outras ou eram administradas pelas Irmandades da Misericórdia ou pela Beneficência Portuguesa; o hospício São Pedro também seria gerido pela Misericórdia de Porto Alegre. Temos, portanto, no decorrer do século XIX, o predomínio dessas duas organizações na assistência sul-riograndense.

### 1.5.1 A Misericórdia de Porto Alegre

Para o caso porto-alegrense, Nikelen Witter (2007, p. 175) destaca que a Santa Casa “esteve inextricavelmente ligada ao Estado e muito embora não constituísse um órgão deste ou fosse gerida como um órgão público sua construção esteve inicialmente a cargo da Câmara Municipal de Porto Alegre”. Ficou também sob responsabilidade da Câmara, a eleição da primeira mesa diretora da Misericórdia. Ao receber o status de Misericórdia do príncipe regente D. João, determinou-se que “o estabelecimento seria sustentado com o produto de esmolas dadas pelo povo, mas D. João também recomendava que o governador da capitania ‘animasse, protegesse e favorecesse os empreendedores da futura obra pia’” (WITTER, 2007, p. 175). Ou seja, delegava-se ao governo deveres sobre a instituição, ainda

que ela fosse gerida por leigos. As relações entre a Santa Casa e o Estado variaram bastante ao longo do século XIX, muitas vezes o indivíduo que estava à frente da administração da Província, também era o Provedor da Misericórdia. Afirma Witter: (2007, p. 159) “o fato de burocratas e políticos alternarem-se, ou mesmo conjugarem-se, no comando de governos locais e destas instituições apenas complexifica as possibilidades de análise”. Alguns contratos referentes a serviços que a Santa Casa deveria prestar ao governo foram acordados por esses governadores/provedores, tais como o “cuidado dos presos pobres enfermos e dos menores do Arsenal de Guerra, hospedagem da enfermaria do hospital militar, fornecimento de medicamentos para o Exército e para as ambulâncias deste e criação dos expostos” (WITTER, 2007, p. 176).

Não era consenso dentro do governo as responsabilidades do Estado com a assistência, que muitas vezes variava conforme os desígnios de quem estava à frente da Província. Os contratos firmados entre ambos configuraram momentos de tensão no interior da administração provincial, além de demonstrar atuações distintas entre um provedor e outro. Witter sugere uma possível tendência: os provedores que ocupavam também cargos dentro da burocracia estatal eram mais adeptos a conceder recursos à Santa Casa, embora também houvesse reclamação, ainda que em menor número, de provedores que eram funcionários públicos; já aqueles que não faziam parte da cúpula do governo, reproduziam uma postura contrária, defendendo que “em verdade estabelecimentos tais não podem ser quase que exclusivamente sustentados pelos cofres provinciais: em tal hipótese converter-se-iam em Repartições Públicas” (Pimenta Bueno, 1850 *apud* WITTER, 2007, p. 177). Nesse caso, Pimenta Bueno, conselheiro da Província no ano de 1850 referia-se a não conceder encargos destinados ao Hospital da Misericórdia de Porto Alegre, porém, no que se refere a outras instituições do interior, sua postura era contrária, justificando que as receitas desses hospitais seriam quase exclusivamente oriundas dos cofres estaduais.

Claudia Tomaschewski (2014, p. 128), muito inspirada em Witter, afirma que “em alguns casos, [as Misericórdias] poderiam ser consideradas como um braço do governo”. Explica essa questão, apontando que “em nível local houve, em muitos casos, uma disputa com as câmaras no que diz respeito ao controle de certas atividades de assistência. A relação com as províncias foi de financiamento e regulação, eram as assembleias (...) que votavam subsídios anuais para financiar certos serviços” (idem). O cuidado com os expostos era um

desses serviços. O debate em torno de quem deveria administrar e financia-los girava em torno das responsabilidades da caridade pública e privada.

Se as discussões acerca do financiamento das instituições não estavam claras, sua ação caritativa estava em curso e a demandar recursos à sua manutenção. Jonathan Fachini da Silva (2014, p. 38) analisa a administração do abandono em Porto Alegre através de três fases: 1773-1810 “Câmara Itinerante”; 1809-1822, período de apelo à caridade pública; e 1822-1837, período de disputa para passar a administração dos enjeitados à Santa Casa. Nesse primeiro período, desde 1773, quando foi instalada a Câmara em Porto Alegre, a preocupação com os expostos foi tema recorrente nas reuniões, quando “o Conselho se propôs a administrar a prática do abandono a partir da contratação de amas de leite, como já vinha fazendo ao tempo em que a instituição atuava na vila de Rio Grande” (SILVA, 2014, p. 70). A Câmara também pagava salários para quem se encarregasse da criação dos enjeitados até os 7 anos, o valor deveria ser entregue mensalmente<sup>11</sup>. Igualmente, ficava a cargo desta entidade arcar com os custos de funeral e enterro, caso os expostos viessem a falecer. Esse último encargo foi motivo de embates entre a Câmara e a Igreja, já que a corregedoria determinou que os enterros deveriam ser responsabilidade dos párocos das freguesias, sem nenhum custo à administração pública (idem, p. 74).

Entre 1810 e 1822, período em que Porto Alegre se consolida como a capital da capitania e com crescimento populacional significativo, o fenômeno da exposição cresceu em proporções semelhantes. O pagamento dos salários para a criação dos enjeitados não era mais restrito àquele núcleo, apelando-se a moradores das paróquias vizinhas. Igualmente, moradores de outros lugares, receptores de expostos, batizavam as crianças em Porto Alegre para facilitar o acesso à Câmara e o recebimento do salário. A expansão das exposições onerava a administração pública, que a partir de 1810 apelava à caridade pública para que colaborasse com esses custos. Ainda que, de acordo com Silva, o resultado não tenha sido eficaz, fazendo-se necessário a criação de impostos destinados às despesas com a criação (SILVA, 2014, p. 80-82). Embora houvesse reclamações do endividamento da Câmara devido aos custos dos expostos, nem toda criança enjeitada era administrada por ela, também

---

<sup>11</sup> Sobre o valor a ser pago, “estes variavam de acordo com a idade da criança: até os três anos de idade, o valor pago era de 3\$200 réis por mês; dos três aos sete anos, o valor caíria pela metade, passando para 1\$600 réis por mês, conforme estipulado em 1774” (SILVA, 2014, p. 74).

“muitos particulares assumiam a criação dos expostos gratuitamente, de acordo com a prática da caridade” (idem, p. 84).

Após a Independência, em 1822, a administração do serviço de apoio aos enjeitados continuava a mesma, com o pagamento dos salários e seus custeios por parte da Câmara e de donativos particulares. O número de crianças continuava crescendo e o governo camarário constantemente reclamava do seu endividamento e do quão custoso era manter esse serviço. Como alternativa, foi criada uma Comissão Filantrópica, composta por cidadãos que deveriam cuidar dos expostos da cidade. A tentativa foi fracassada, porém foi essa comissão que propôs a Câmara que a Santa Casa de Misericórdia deveria assumir esse encargo. “A favor da Comissão filantrópica, estava a legislação imperial, a Lei dos Municípios de 1828, que estabelecia que nas Vilas onde houvesse Misericórdias, estas deveriam se incumbir dos expostos em seus espaços, deixando à Câmara apenas a sua subvenção” (SILVA, 2014, p. 89-90). Em 1830, os camarários enviaram duas propostas à Santa Casa, que as recebeu com negativas, alegando não possuir recursos e nem espaços suficientes para prestar tal serviço. “Os impasses seguem até a Lei Provincial de 1837 (parágrafo 1º do artigo 7º da Lei Provincial 9, de 22 de novembro), quando, por fim, a Santa Casa tornou-se a responsável pela administração dos expostos” (idem, p. 90). Em 1838, a Misericórdia instalou a Roda dos expostos e, em contrapartida, passou a receber 12:000\$000 do governo para custear a criação daquelas crianças (SILVA, 2014)<sup>12</sup>.

Apontando mais um exemplo sobre o papel que o estado deveria exercer sobre a Santa Casa, Tomaszewski aborda um caso de 1833, quando o provedor da Misericórdia destacou o crescimento da pobreza em face ao aumento da população e a estagnação do comércio. Por este motivo, solicitou ao presidente da província que novos recursos fossem destinados àquela instituição. Naquele momento, já havia outros acordos entre estado e Santa Casa, como o subsídio pago por todas as embarcações que aportassem em Porto Alegre, os quais, em contrapartida, teriam seus marinheiros atendidos no hospital (TOMASCHEWSKI, 2014, p.128-129)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Silva (2014) dedica toda sua dissertação ao estudo dos enjeitados em Porto Alegre entre os últimos anos do século XVIII e início do XIX, a qual deve ser consultada para maiores detalhes a respeito dos impasses entre a Câmara e a Santa Casa na administração dos expostos, bem como para quem quiser detalhes sobre o perfil dos expostos e das famílias que os abrigavam.

<sup>13</sup> As pesquisas de Claudia Tomaszewski (2007, 2014) também versam sobre a Santa Casa de Pelotas. Como o objetivo aqui é tratar de maneira ampla sobre o papel das Misericórdias no Rio Grande do Sul, não adentraremos nos pormenores referentes a Pelotas.

Havia também alguns consensos sobre o provimento de auxílio em relação a determinados grupos, como os expostos, os presos e os doentes. Os dois primeiros dificilmente não seriam subsidiados, segundo Witter (2007). Desde o início do funcionamento da Misericórdia, sua mesa diretora delimitou sobre quem receberia seus auxílios, sendo determinado que seria um local onde seriam tratados “por caridade os enfermos pobres”.

Nesse sentido, a população inclusive cobrava esta postura do estabelecimento. Em ocasião da Guerra Cisplatina (1826-1828), a Santa Casa recebeu os doentes militares, porém ao final do conflito, esse encargo prosseguiu, sendo alvo de constantes críticas da população porto-alegrense que “considerava um abuso que uma instituição de caridade estivesse confundida com o atendimento aos militares” (WITTER, 2007, p. 177). Refletindo sobre a quem recaía a responsabilidade com os enfermos, analisando esse caso, Witter afirma que a população entendia que o cuidado com os praças militares estaria a cargo do governo, enquanto a prioridade da Misericórdia deveria ser o atendimento aos pobres. “A Santa Casa, como outros estabelecimentos de caridade, cabia a responsabilidade de cuidar e velar àqueles que não possuíam nem recursos nem família” (WITTER, 2007, p. 178). Nesse sentido, a historiadora justifica que a obrigação da instituição era, sobretudo, com os *desvalidos*, apontando, a partir da fala do provedor de 1855, João Francisco Fagundes, que à Misericórdia se dirigiam os que “não tinham quem os cuidasse em casa” (idem). Com isso, quer dizer que o local para os cuidados, o reestabelecimento da saúde era em casa, cercado pela família. Concluindo que “o significado de ter de ir ao hospital estava ligado tanto a ‘sina da pobreza’ quanto a da *desvalia*, isto é, ao fato de não ter ninguém por si”. Através dessa análise, destacamos que, mais uma vez, a questão da falta de laços de sociabilidade se apresenta como elemento determinante para a definição de pobreza. No terceiro e quarto capítulo desta tese retornaremos a esse ponto, quando abordamos os pobres que se remetem à Intendência pedindo socorro e na análise dos pobres que eram atendidos no Hospital de Caridade de Santa Maria, especialmente quando falamos da relação entre a pobreza e o hospital.

### 1.5.2 Para além das Misericórdias: as Sociedades de Socorros Mútuos

Embora nos itens anteriores desse capítulo, quando abordamos a interiorização da assistência em outros estados brasileiros, não tenhamos mencionado o auxílio prestado pelas sociedades de mútuo socorro, para o caso do Rio Grande do Sul voltaremos nosso olhar a elas. Afinal, no contexto que se enquadra a análise dessa tese, início do século XX, as mutuais foram importantes tanto na capital e nas cidades de maior expressividade comercial, como Rio Grande e Pelotas; quanto em municípios menores do interior.

Adhemar Lourenço da Silva Júnior, em seus estudos sobre as mutuais no Rio Grande do Sul, especialmente para a segunda metade do século XIX, aponta a existência dessas sociedades em 20 municípios diferentes na província, porém com uma concentração de dois terços delas em Porto Alegre, Pelotas, Rio Grande e Bagé, pelo menos até a década de 1870, período que o autor indica ser um marco na expansão das mutuais para o interior. Para justificar essa constatação, indica os seguintes fatores influentes: “grande população – inclusive oriunda da imigração –, grande movimento comercial, acesso à informação, e vínculos com a elite política no estado” (SILVA JR, 1999, p. 76). A relação entre mutualismo e urbanização foi comum a estudos clássicos para outros contextos brasileiros, como o de Tânia de Luca referindo-se a São Paulo. Para o Rio Grande do Sul, ainda que boa parte das associações concentrassem nas três cidades mais populosas, havia casos de mutuais em pequenos povoados. Relacionando os dados do censo de 1872 com as sociedades de socorros mútuos, Silva Jr. consegue provar essa afirmação. Nessa data, enquanto cidades como Uruguaiana, Alegrete, Rio Pardo e São Gabriel, que possuíam as maiores populações entre as cidades fora do eixo comercial, não contavam com nenhuma mutual; Santa Maria, que estava em 10º lugar no ranking populacional, já possuía uma associação, criada por imigrantes teutos, em 1866 (SILVA JR, 1999). Por isso, o autor considera importante outros elementos em sua análise, como os fatores migratórios e as atividades comerciais, por exemplo. Santa Maria, como veremos no próximo capítulo, concentrava um contingente significativo de imigrantes na primeira metade do século XIX, especialmente oriundos de províncias germânicas, e, a partir dos anos 1870, indivíduos da península itálica também migraram para a região.

A definição que Silva Jr. utiliza para explicar o significado das sociedades de socorros mútuos é inspirada em Marcel van der Linden. São elas “associações formadas

voluntariamente com o objetivo de prover auxílio financeiro a seus membros em caso de necessidade que, não raro, adotam restrições à associação” (Linden *apud* SILVA JR, 2005, p. 128). As restrições podem se relacionar a sexo, idade, condições financeiras, religião e comportamento; e o tipo de associação baseia-se, sobretudo, em dois grupos: étnicos e/ou de trabalho.

O tipo de socorro prestado, de acordo com um quadro elaborado por Silva Jr. (2005, p. 137), indica que, para o século XIX, quase 90% das mutuais prestavam assistência médica e farmacêutica a sócios e/ou pagavam seus enterros. Também figuravam entre as práticas frequentes: o pagamento de diárias por doenças, pensão por pobreza ou invalidez, pensão por morte, diárias por prisão e assistência jurídica. A oferta de socorro estava associada, do mesmo modo, a diferentes fatores locais. Enquanto o enterro dos sócios foi o auxílio mais comum no contexto geral do Rio Grande do Sul, reproduzindo-se em Porto Alegre e Rio Grande; em Pelotas a assistência médica e as diárias por doença e enterro figuraram entre as mais frequentes. Outro exemplo, em Pelotas e Rio Grande se pagavam enterros aos familiares dos sócios, algo inexistente em Porto Alegre (SILVA JR., 1999, p. 83).

Com relação aos enterramentos em Porto Alegre, em 1850 foi delegada à Misericórdia, pela Assembleia Provincial, a concessão para tratar dos encargos referentes ao cemitério extramuros, passando a administrar os sepultamentos. Nesse contexto, esteve envolvido o processo de retirada dos cemitérios dos adros das igrejas para novos espaços fora dos limites urbanos, fato fortemente justificado em defesa da salubridade pública e da proteção da população contra a propagação de doenças<sup>14</sup>. Entretanto, as irmandades que já possuíam se responsabilizavam pelo enterramento gratuito de seus irmãos não aceitaram facilmente essa nova imposição. Segundo Mauro Dillmann (<sup>15</sup>2008), no mesmo ano as irmandades se uniram a fim de construir um cemitério próprio, fato que não foi levado adiante, por falta de recursos ou não autorização da Câmara ou, ainda, da Santa Casa. Como

---

<sup>14</sup> Na minha dissertação, dedico o primeiro capítulo a análise da transferência cimiterial ocorrida em Santa Maria/RS, em meados do século XIX, a qual, na documentação encontro referências a construção de novos cemitérios longe dos aglomerados urbanos enquanto justificativa de saúde pública. Ou seja, objetivando manter a população protegida dos ambientes insalubres e dos miasmas ocasionados pelos enterramentos no interior das igrejas (ROSSI, 2013, pp. 27-59).

alternativa, individualmente as confrarias voltaram-se a solicitar concessões aos enterramentos à Misericórdia.

Em 1866, foi firmado o contrato entre a Santa Casa e a Irmandade de São Miguel e Almas, que comprou uma décima sexta parte do terreno do cemitério extramuros, sendo autorizado a ela enterrar naquele espaço seus irmãos e filhos menores gratuitamente. Em 1872 a Misericórdia reclamou à Assembleia que estava tendo prejuízos devido ao espaço que fora concedido a São Miguel e Almas e a Irmandade de Santa Bárbara. Dillmann (2008, p. 12) afirma que “no decorrer do século XIX, além da irmandade São Miguel e Almas, a irmandade do Rosário, a de Santa Bárbara, a Ordem Terceira das Dores e a Devoção de São Francisco Xavier compraram seus próprios carros fúnebres”. Isso demonstra que o privilégio dos enterramentos à Misericórdia, em Porto Alegre, foi mais flexibilizado, indicando também a força das demais irmandades existentes na capital. Dillmann (idem) ainda completa que “além dos sentimentos de devoção e compaixão, a condução fúnebre e o enterramento próprio geravam status à irmandade e segurança aos irmãos sócios ou aos que visassem à associação”.

Em relação à forma de associação, o elemento étnico, sobretudo durante o Oitocentos, foi determinante na fundação de associações. Entre as que obtiveram maior sucesso em termos de alcance de sócios e recursos financeiros, as Beneficências Portuguesas merecem destaque. Objeto de estudo de várias teses e dissertações, essa sociedade que entre 1840 e 1890 criou nove instituições pelo Brasil, possuía quatro delas no Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Pelotas, Rio Grande e Bagé.

De acordo com Éverton Quevedo (2016) a criação da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Porto Alegre foi impulsionada pelo sentimento patriótico entre os portugueses residentes, que percebiam a necessidade de amparo aos seus conterrâneos. Tratava-se de uma entidade para atender um grupo que possuía recursos e que, a partir de investimentos próprios, seria beneficiada, sobretudo, no cuidado com a saúde. A criação de um hospital para socorrer aos sócios foi um dos seus principais objetivos. Nos primeiros anos, os associados foram atendidos na Santa Casa de Misericórdia, através de um acordo no qual seria destinada uma enfermaria daquela instituição aos portugueses. O trato vigorou de 1854 a 1858, quando o elevado número de atendimentos causou problemas a Misericórdia, obrigando a Beneficência a organizar-se em torno da construção de um prédio próprio. Entre 1859 e 1870 os sócios foram atendidos em um espaço improvisado, até a

inauguração da nova sede do hospital, em 1870, que funciona até hoje em Porto Alegre (QUEVEDO, 2016, p. 112).

A Beneficência atuava no sentido de ampliar seu quadro de sócios, a criação de agências no interior da província foi uma das estratégias adotadas. A ideia inicial era buscar cidades ligadas à imigração portuguesa, nas quais seriam organizadas “subsedes: Pelotas, Rio Grande e Bagé” (QUEVEDO, 2016, p. 147). Porém, por divergências com Porto Alegre, as instituições do interior desligaram-se, tornando-se congêneres independentes.

Em Rio Grande a agência portuguesa surgiu em 1854, ligada à matriz porto-alegrense, sendo independente apenas em 1859. Antes disso, o aumento do número de sócios em Rio Grande demandou a criação de um hospital próprio, além do fato da Misericórdia daquela cidade ter se recusado a atender os enfermos da Beneficência em uma enfermaria específica. Já em Pelotas, a necessidade por um hospital próprio era ocasionada pelo fato de os portugueses precisarem se deslocar para atendimentos em Porto Alegre e da incapacidade da Misericórdia de Pelotas de atender os doentes da cidade – nesse local, o acordo com a Santa Casa nem foi cogitado. Seu hospital foi inaugurado em 16 de setembro de 1857, na data em alusão ao aniversário de Pedro V, Rei de Portugal (QUEVEDO, 2016, p. 165). Em 1861, foi inaugurado um novo hospital, mais amplo, com o apoio dos principais comerciantes, estancieiros e capitalistas da região das charqueadas<sup>16</sup>.

Ainda que não houvesse a parceria entre os hospitais da Misericórdia e da Beneficência para o atendimento dos sócios em Pelotas, o mesmo não se pode afirmar para os membros de sua administração. Éverton Quevedo aponta que, por exemplo, o português José Vieira Pimenta, um dos maiores beneméritos da Beneficência pelotense, também atuou por longos anos como escrivão da Santa Casa e também fazia parte de outras associações, como a Irmandade do Santíssimo Sacramento. Sugerimos, a partir disso, que a circulação desses indivíduos concomitantes a várias instituições de assistência, demonstra o quanto ter seu nome relacionado à caridade era uma forma de expansão do seu capital social. Isso se expressa através da presença das elites na fundação de todas as Beneficências e Misericórdias no Rio Grande do Sul, por meio de donativos e de suas participações na administração dessas entidades. O compromisso caritativo que justificavam ao dedicarem

---

<sup>16</sup> Quevedo (2016) realiza um amplo estudo sobre quem eram os principais doadores para as obras e manutenção dos hospitais da Beneficência Portuguesa, tanto em Porto Alegre, quanto nas demais congêneres, destacando a presença constante das elites locais no apoio a essas instituições.

suas fortunas à assistência estava intimamente relacionado aos seus próprios interesses à manutenção do seu capital social e de suas redes de relações, bem como do seu proveito à ampliação da atuação pessoal entre as elites locais. No capítulo seguinte, quando falaremos sobre a criação do Hospital de Caridade de Santa Maria, evidenciaremos essas assertivas com mais profundidade. Demonstrando, ademais, que as instituições hospitalares no estado, a partir do último quartel do século XIX, ampliaram-se para além da gerência da Irmandade da Misericórdia e da Beneficência Portuguesa.

Não foi possível agregar à análise todas as instituições que prestavam auxílios à saúde e à pobreza no Rio Grande do Sul e no Brasil, sendo necessário fazer escolhas que mais interessavam às nossas hipóteses. Porém, o escopo aqui era, de maneira geral, apresentar um panorama da assistência e de sua interiorização a fim de conseguirmos dialogar no decorrer dos próximos capítulos com autores que colaboram para a análise do nosso objeto. Ao mapear, ainda que brevemente, as relações entre os universos públicos e privados e apontar os diferentes públicos e tipos de atendimentos prestados, atingimos o objetivo proposto.

No próximo capítulo, seguindo a perspectiva de análise da expansão da assistência para o interior do Rio Grande do Sul, investigaremos o surgimento de 9 instituições em entre os últimos anos do século XIX e primeira década do século XX. Daremos especial ênfase às motivações para a criação do Hospital de Caridade de Santa Maria e seu processo de fundação, o qual envolveu questões que mobilizaram a política estadual e as elites locais em prol da assistência.

## 2. FUNDAÇÃO DO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA: POLÍTICA, ELITE E SOCIEDADE

Em vasto galpão de telha vã, existente por aquele tempo à Rua Venâncio Aires e mais tarde demolido para dar lugar ao prolongamento da rua Marquês do Herval, ostentava-se improvisada mesa de operações, vetusto móvel de proporções avantajadas, colocado junto a uma janelinha de frente e coberto com alvo lençol de algodão. À direita, à pequena distância, carroças empregadas no transporte de pedras e de terra, chegadas pouco antes para o descanso da sesta. À esquerda, em pilhas e montões, a forragem de consumo diário dos animais de tração. Ao fundo, gozando as delícias do almoço farto, mueres gulosos entregavam-se à rumorosa trituração dos grãos doutorados adquiridos honradamente com o suor de seu labor matinal. E no meio desse incrível caos, estirado no catre infecto, o pobre doente, tiritante de dor e febre, emaciado, pálido, sujo, escaveirado, fazia lembrar a figura do meigo nazareno martirizando, descido da cruz, onde o pregara a frenesi fanática dos seus contemporâneos. Não! Não era possível! Aquilo não podia continuar! Urgia a construção de um hospital<sup>17</sup>.

A descrição acima refere-se a um exemplo da primeira cirurgia realizada por Astrogildo de Azevedo<sup>18</sup> em Santa Maria, em 1890. O médico que idealizou o Hospital de Caridade daquela cidade, descreve as condições precárias a que eram submetidos os doentes do local, sem nenhuma instituição hospitalar disponível. Aos olhos do recém-formado doutor no Rio de Janeiro, urgia tomar providências para melhorar aquela situação. Através do detalhamento da insalubridade e da presença do enfermo que dividia espaço com materiais de trabalho e alimentos expostos em um galpão, utiliza esse discurso para justificar a necessária e urgente organização de melhores tratamentos aos doentes do local.

Até 1903, ano da inauguração dessa instituição, o atendimento à saúde em Santa Maria era dado por alguns médicos em anexos às farmácias do centro da cidade, em consultórios particulares ou salas de cirurgias improvisadas, como a descrita por Astrogildo de Azevedo na citação acima. Não havia um sistema organizado de prestação de assistência

---

<sup>17</sup>AZEVEDO, Astrogildo César. Discurso em agradecimento a homenagens no Jubileu do Hospital de Caridade. IN: *Hospital de Caridade de Santa Maria. Comemoração do 25º aniversário da inauguração do Hospital*. Publicação do Jornal Diário do Interior, de 25 a 26 de setembro e 3 de outubro de 1928, p. 12. Acervo Casa de Memória Edmundo Cardoso, Fundo Astrogildo de Azevedo.

<sup>18</sup> Astrogildo de Azevedo nasceu em Porto Alegre, em 1867, diplomou-se em medicina no Rio de Janeiro em 1889. Iniciou sua carreira em Santa Maria, no ano seguinte, atuando na clínica do médico Pantaleão José Pinto. Em 1898, fundou, juntamente com outros indivíduos, a Sociedade de Caridade de Santa Maria, a qual deu origem, em 1903, ao Hospital de Caridade de Santa Maria. Nos seus primeiros anos na cidade participou da Comissão Intendencial que organizou a lei orgânica do município e foi Diretor de Higiene. A trajetória e algumas ações desse médico serão tratadas no decorrer deste capítulo.

à saúde e à pobreza, além de não ser bem definido sobre quem recaíam as responsabilidades quanto a isso.

Partindo desse ponto, nesse capítulo discutiremos a respeito da temática relativa ao princípio de organização da assistência no interior do Rio Grande do Sul, a partir da fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria. Analisaremos as motivações pessoais dos agentes envolvidos nesse processo, mas, sobretudo, investigaremos sobre as condições necessárias para que isso fosse possível, perpassando as questões políticas e sociais do contexto brasileiro e sul-rio-grandense entre o final do século XIX e início do século XX. Para tal, refletiremos a respeito da formação social do Rio Grande do Sul entre os séculos XVIII e XIX. Posteriormente, analisaremos a instalação da República (1889) e como isso afetou, em termos políticos, através das constituições federal e estaduais, na organização da saúde. Em seguida, adentraremos no contexto santa-mariense para entender quem foi o grupo que se articulou para fundar o hospital, pensando isso através da análise da elite local. Por fim, no último item, chegaremos às vésperas da efetiva inauguração do “Caridade”, no qual trataremos à tona as questões práticas para que isso fosse possível, como o financiamento e as definições para o funcionamento e o gerenciamento da instituição.

## **2.1 Introdução à economia e à sociedade sul rio-grandense nos séculos XVIII e XIX**

Ao abordarmos a temática da assistência à saúde e à pobreza, tanto em uma medida pessoal, quanto referindo-se a sua implicação dentro da sociedade, algumas questões se colocam. A primeira delas refere-se à contextualização social e territorial, que pesa enquanto um componente geral, afetando a conjuntura, através de seus próprios nuances e exigem considerações especiais.

Sendo assim, para adentrarmos no universo da assistência no interior do sul do Brasil, é preciso situarmos e contextualizarmos o meio, a fim de que possamos compreender a formação da cidade de Santa Maria, RS, sua população e principais atividades econômicas, servindo de base para conseguirmos entender como se formou os grupos que recorriam à assistência e àqueles que se organizaram para prestá-la.

Deste modo, antes ainda da formação da cidade em questão, voltemos rapidamente à Colônia e ao Império para compreender a ocupação territorial, a criação dos municípios e a

expansão populacional no Rio Grande do Sul. Ao entendermos que a questão social emerge paralela ao desenvolvimento urbano, torna-se necessário entender o processo que culminou, entre a última década do século XIX e a primeira do século XX, em uma duplicação da população na cidade de Santa Maria, como já apresentamos no capítulo anterior.

A Capitania do Rio Grande de São Pedro ganhou destaque na Colônia a partir das últimas décadas do século XVII e primeiras do século XVIII, quando se acirraram as disputas entre portugueses e espanhóis pela delimitação das fronteiras ao redor da bacia do Rio da Prata. Em 1750, com a assinatura do Tratado de Madrid, que eliminava os limites impostos pelo Tratado de Tordesilhas (1494), ficaria a Espanha com a Colônia do Sacramento e, em troca, Portugal com os Sete Povos das Missões. Entre muitos conflitos existentes nesse período envolvendo as duas nações e os povos guaranis habitantes da região, somente em 1777, através da assinatura do Tratado de Santo Idelfonso, que a Capitania retomou aos desígnios portugueses, ainda assim, a Colônia do Sacramento e os Sete Povos das Missões ficaram sob posse espanhola (VIANNA, 2015). Houve ainda 24 anos de disputa e, após uma guerra ocorrida em 1801, os debates demarcatórios diminuíram, “quando os luso-brasileiros ocuparam áreas litigiosas e também expandiram as fronteiras para o oeste, para o sudeste e para o sul” (GOLIN, 2002, p. 197).

A partir dessa expansão, a coroa portuguesa, com o objetivo de se firmar na região, adotou um sistema já muito utilizado na Colônia, a doação de sesmarias, dividindo a terra em lotes e distribuindo a particulares, sobretudo a oficiais do exército português (VIANNA, 2015). Isso representou a efetiva ocupação lusa na Capitania mais ao sul do Brasil, e, segundo Gabriel Berute (2011, p. 47), “a partir da década de 1790, o Rio Grande de São Pedro integrava-se definitivamente aos circuitos mercantis da América portuguesa”. O autor ainda destaca como fator importante nesse processo as charqueadas<sup>19</sup>, onde “além das mulas, muito úteis para o transporte de cargas e pessoas, a capitania fornecia gado e seus derivados, com destaque para o couro e o charque para o abastecimento do centro-sul e nordeste”.

A ocupação portuguesa, a distribuição de sesmarias e a expansão do charque contribuiu para a formação de núcleos urbanos no Rio Grande do Sul no século XIX. Após a chegada da Família Real ao Brasil e a partir da expansão dos braços da coroa dentro do

---

<sup>19</sup> Ainda sobre a temática das charqueadas e sua influência na economia do Rio Grande do Sul no século XIX, é importante o trabalho de Jonas Vargas (2016), que analisa a constituição da cidade de Pelotas e as articulações das elites locais a partir da expansão do charque.

território brasileiro, em 1809, foram criados os quatro primeiros municípios rio-grandenses: Porto Alegre, Rio Grande, Santo Antônio da Patrulha e Rio Pardo (que, ainda antes da Independência, se desmembraria em Rio Pardo e Cachoeira). Na eclosão da Revolução Farroupilha, em 1835, o território já estava dividido em 14 municípios: Porto Alegre, Rio Pardo, Rio Grande, Alegrete, Caçapava, Cachoeira, Cruz Alta, Jaguarão, Pelotas, Piratini, Santo Antônio da Patrulha, São Borja, São José do Norte e Triunfo (FEE, 1981, pp. 34-36). Expandindo-se, principalmente, nas zonas fronteiriças e locais estratégicos na proteção do território em período de guerra. Também foram criados povoados oriundos da imigração alemã, a qual tem a chegada dos primeiros imigrantes datada de 1824<sup>20</sup>.

### **2.1.1 A formação e constituição da cidade de Santa Maria no século XIX**

Os fatores econômicos, fronteiriços e migratórios contribuíram na fundação das cidades, chegando, em 1860, a 28 municípios. Entre eles, Santa Maria, emancipada de Cachoeira em 1858. Na época da elevação da categoria de vila para cidade, alguns viajantes passaram na região. Como estava localizada no centro da Província, suas presenças eram comuns, tornara-se um ponto estratégico de paragens para os que percorriam os caminhos que conectavam a capital, Porto Alegre, aos países fronteiriços, como a Argentina e o Uruguai. Haja vista que uma das principais estradas que ligava essas cidades aos países vizinhos atravessava Santa Maria, a linha férrea, futuramente, faria o mesmo caminho. O município também era importante reduto militar, justamente por sua localização, na região central do Rio Grande do Sul está situado em Santa Maria.

Um dos viajantes que percorrerá aquelas estradas foi o alemão Robert Avé-Lallemant, que, em 1858, chegou à “Santa Maria da Boca do Monte”, como era conhecida. Ele a descreve como “vales e desfiladeiros (...) através dos imensos campos da Província, cujas ondulações, vista do alto, quase desaparecem e se transformam numa planície aparentemente perfeita, em que se alternam os pastos e as matas” (*apud* MARCHIORI; NOAL FILHO, 2008, p.51). Ele também descreveu as mudanças que estavam acontecendo na recém emancipada Vila, onde “a floresta sofreu desesperadamente do ferro e do fogo. De pé ou caídos se veem, à esquerda e à direita, troncos carbonizados, horrível quadro de feroz

---

<sup>20</sup> Sobre a imigração alemã no Rio Grande do Sul ver: WITT, Marcos (2008).

destruição com que, quase em toda a parte, começa a agricultura no Brasil” (Idem, p. 51). Esse cenário indica o desmatamento das matas virgens para, possivelmente, a preparação da terra para o cultivo, indo ao encontro do que Luís Augusto Farinatti (1999) apontou sobre a região ser habitada por lavradores nacionais que viviam da agricultura, principalmente de lavouras de milho, feijão e mandioca; e da pecuária em pequena escala, no sul do município. Embora essa população fosse em sua maioria descendentes de luso-brasileiros, Avé-Lallemant comparou a região a uma “aldeia suíça” e escreveu que pelas ruas centrais podia-se ouvir o sotaque do Palatinado que falavam as famílias germânicas ali residentes. Sobre a ocupação desses sujeitos, destacou que variavam de artesãos a comerciantes, sendo alguns muito ricos.

No Relatório do Presidente da Província de 1858, há menção a uma colônia de alemães em Santa Maria, oriundos de São Leopoldo, principal núcleo de colonização germânica no Rio Grande do Sul. No mesmo relatório há o detalhamento dessa colônia, indicando que ela ocupava parte do município de Santa Maria e do limítrofe Cruz Alta. Afirma ainda que “não foi criada a expensas de algum particular ou do governo, ou a seu cuidado. Sua origem data do estabelecimento neste lugar de alguns oficiais e praça dos corpos alemães, que serviram na guerra de 1825”<sup>21</sup>. Segundo informações enviadas pelo subdelegado de polícia, residiam em Santa Maria 76 imigrantes e 63 em Cruz Alta. Entre as atividades exercidas pelos colonos, como eram chamados pelo governo, o relatório indica que “3 eram negociantes, 3 curtidores, 14 lavradores, 1 ferreiro, 1 criador de abelhas, 1 lombilheiro, 1 proprietário de engenho de serrar, 1 marceneiro, 1 mineiro e 1 sapateiro” (p. 17). Há ainda a informação de que, na última colheita, os principais produtos comercializados foram “727 de batatas inglesas, 611 de milho, 375 alqueires de feijão, 81 de trigo e 43 de cevada” (p. 21).

Já no relatório de 1859, em que Santa Maria já é reconhecida como município, há uma descrição mais detalhada do local, sendo destacado pelo então Presidente da Província, Joaquim Fernandes Leão, que habitavam 5.110 almas, sendo 4.124 livres, 20 libertos e 966 escravos<sup>22</sup>. No censo de 1872 a população era composta por 8.228 pessoas, contando com 1.204 cativos, destes 629 homens e 575 mulheres (CARVALHO, 2005, p. 40).

---

<sup>21</sup> Relatório dos Presidentes das Províncias Brasileiras: Império (RS), 1858, p. 20. Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

<sup>22</sup> Relatório dos Presidentes das Províncias Brasileiras: Império (RS), 1859. Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Assim como nas mais diversas regiões do Brasil, percebemos a presença de cativos na região, representando uma parcela significativa da mão-de-obra, 18,9% em 1859 e 14,6% em 1872. Esses sujeitos faziam parte tanto de grandes plantéis, nas fazendas de criadores de gado na região, quanto de pequenos proprietários e comerciantes que mantinham cativos entre suas posses. Com o objetivo de entender a distribuição de riquezas na região central do Rio Grande do Sul, dentre elas, os escravos, Gláucia Külzer (2009) analisou os inventários *post-mortem* entre 1858 e 1889 e agrupou-os de acordo com as faixas de fortunas entre 1 e 10.000 libras esterlinas, tendo como resultado a seguinte tabela.

**Tabela 1- Distribuição da riqueza por faixas de fortuna, em libras esterlinas inventários post-mortem de Santa Maria (1858-1889)**

Faixas de fortuna em libras esterlinas	Inventários (N=)	(%)	Valor dos inventários da faixa em libras esterlinas	(%)
(Faixa 1) 1-200	58	23%	5.744,75	2%
(Faixa 2) 201-500	54	21%	17.902,93	5%
(Faixa 3) 501-1000	57	23%	40.703,48	12%
(Faixa 4) 1001-2000	41	16%	56.082,86	16%
(Faixa 5) 2001-5000	29	12%	91.123,00	26%
(Faixa 6) 5001-10000	9	3%	59.967,06	17%
(Faixa 7) Acima de 1000	5	2%	77.287,60	22%
Total:	253	100%	348.811,68	100%

Fonte: Tabela reproduzida a partir de Külzer, 2009, p. 135.

Essa tabela permite visualizarmos que em apenas 2% dos inventariados concentravam-se 22% do total de bens inventariados em todo período, ou seja, somente 5 pessoas eram detentoras de uma fortuna superior a dez mil libras esterlinas<sup>23</sup>. Se somarmos esses números aos 3% que possuíam bens avaliados entre cinco e dez mil libras, temos 5% dos inventários, 14 pessoas, acumulando 37% do valor dos inventários. Ao passo que, comparando isso às faixas um e dois de fortunas, ou seja, aqueles cujos bens somavam de 1 a 500 libras, temos 43%, 112 inventários, possuidores de apenas 7% do valor total. Considerando somente quem possuía bens a legar e tinha condições de pagar um inventário, estamos deixando de lado a grande maioria dos indivíduos, haja vista que no período de trinta anos analisados, apenas 253 pessoas recorreram a este meio. Ou seja, havia um imenso

<sup>23</sup> Na sequência da tabela, no trabalho de Külzer (2009, pp. 137-138), a autora analisou quem foram essas pessoas, especialmente os cinco maiores possuidores de fortunas em Santa Maria. Sendo eles: a Baronesa do Ibicuí, que possuía 30% da sua fortuna em dívidas ativas, e quatro proprietários/criadores de gado concentrando seus patrimônios em terras, benfeitorias e animais: Euzébio Francisco Ilha, Manoel Teixeira Cezar e Francisco José Pinto. Este último, inclusive detinha a maior fortuna, era pai de Pantaleão José Pinto, sogro de Astrogildo de Azevedo, que abordaremos mais adiante como sendo um dos membros do grupo que fundou o Hospital de Caridade.

grupo, considerando a população local de vinte e cinco mil habitantes em 1890, que ficara de fora, nos levando a inferir que havia uma grande concentração de riquezas em Santa Maria na segunda metade do século XIX, a maioria dos rendimentos estava nas mãos de pouco mais de dez indivíduos.

Há estudos que se dedicaram a estudar as elites locais no sul do Brasil<sup>24</sup>. Em trabalhos anteriores, inclusive, nos dedicamos a analisar parte dessa elite para entender a trajetória dos primeiros médicos a atuarem em Santa Maria (ROSSI, 2015). No entanto, nesse momento, o objetivo é entender quem são os indivíduos que pertenciam a outra parte da população, os que dificilmente apareciam nos inventários, a pobreza em geral. Sendo assim, voltamos a pensar nos grupos que compuseram a mão-de-obra no interior do Rio Grande do Sul ainda no século XIX.

Além da escravaria, de acordo com Glaucia Külzer (2009), também compunham a labuta das propriedades a mão-de-obra familiar e os trabalhadores livres pobres. Esses indivíduos exerciam suas atividades em pequenas e grandes propriedades, eram designados para o trabalho na lavoura, manejo com os animais, fabricação de farinha da mandioca, entre outros. Eles também poderiam possuir pequenas criações de bovinos, ovinos e cavalares e até mesmo plantações de milho, mandioca e feijão nas terras dos seus patrões. Fossem trabalhadores sob o jugo de um empregador ou lavradores nacionais, percebemos que boa parte da população no interior do Rio Grande do Sul estava voltada a atividades econômicas dependentes da agricultura de subsistência e ao comércio interno.

Essas práticas permitem vislumbrar o entrelaçamento que havia entre o universo rural e urbano antes da década de 1880. Enquanto os lavradores comercializavam na área urbana os excedentes da sua produção, os mercadores da cidade remetiam ao campo produtos como o sal, tecidos, ferramentas de trabalho, como machados, enxadas e foices (CARVALHO, 2005, p. 43). Ou seja, em uma sociedade na qual a economia ainda era muito precária, a barganha tornava-se uma moeda de troca, colaborando para um intercâmbio comercial, mas também cultural, entre as idas e vindas do campo à cidade. Os lavradores, que também poderiam ser carreteiros – aqueles que transportavam os mantimentos em uma carreta de tração animal –, percorriam as estradas que ligavam suas residências na zona rural ao centro

---

<sup>24</sup> Estudos sobre elites no sul do Brasil ver em: FARINATTI (2010); VARGAS (2010; 2016); SILVEIRA GUTERRES (2010; 2013); KUHN (2006).

administrativo e comercial. No caminho, paravam em estalagens, armazéns, conviviam com os mais diversos indivíduos, dos mais abastados aos mais pobres.

Conforme a cidade iria crescendo, a diversidade de grupos que a compunham foi aumentando, agregando novos costumes à região. Nesse sentido, a chegada dos imigrantes italianos<sup>25</sup>, no final da década de 1870, teve grande impacto, como já mencionamos no capítulo anterior, quando destacamos sua presença na região. Adiante aprofundaremos mais a respeito das práticas desses indivíduos, quando analisaremos casos de auto declaração de pobreza, no quarto capítulo. Outro elemento foi a instalação da ferrovia a partir de 1885, abordada melhor a seguir, fato que entendemos enquanto um dos mais significativos eventos que contribuíram para o crescimento populacional da cidade e para o desenvolvimento econômico local.

Podemos entender a história de Santa Maria entre o final do século XIX e início do XX em dois momentos: antes e depois da instalação da rede ferroviária. Antes da ferrovia, entre as décadas 1860 e 1880 (período do início da construção da ferrovia), de acordo com os Relatórios dos Presidentes da Província, pouco se falava em Santa Maria, sendo considerada um local de pouca importância, sobretudo econômica. As práticas comerciais centravam-se em lavradores e carreteiros que abasteciam a cidade com produtos agrícolas. Estes sujeitos também favoreciam a circularidade de pessoas e formavam novos locais de sociabilidade aos arredores de suas rotas, sendo eles fios condutores entre o meio rural e o urbano, ainda que ambos estivessem extremamente interligados devido à característica predominantemente rural de Santa Maria. Os lavradores eram, em sua maioria, nacionais que cultivavam em pequenos lotes de terra gêneros alimentícios de subsistência (CARVALHO, 2005).

Ainda assim, a esfera comercial era dominada por alguns imigrantes, sobretudo alemães, instalados na região a partir das décadas de 1830 e 1840, os quais possuíam casas de comércio na área urbana em formação. Além disso, os imigrantes alemães, estabeleceram redes de compadrio, alianças de casamento e laços políticos com alguns criadores de gado, propiciando-lhes certa prosperidade na região. Como foi o caso da família da esposa do

---

<sup>25</sup> Ainda que o período no qual esses imigrantes chegaram a Itália ainda estivesse passando por um processo de unificação, sendo esses povos mais reconhecidos entre si através das comunas em que viviam do que propriamente pertencentes a uma mesma nação, optamos por, genericamente, chamá-los de italianos.

médico Pantaleão Pinto<sup>26</sup>. Entretanto, embora houvesse essa ligação com o meio rural, suas atividades consistiam-se essencialmente urbanas, eram oleiros, marceneiros, alfaiates, ourives, pedreiros, sapateiros, etc.

Outro grupo que compôs o cenário santa-mariense no último quartel do século XIX, foram os imigrantes italianos, os quais começaram a se instalar em fins dos anos 1870. A imigração italiana nessa região, segundo Maria Catarina Zanini (2008), consistia em uma migração familiar. Eram parentes, vizinhos, amigos, construindo relações que foram fundamentais para atrair novos imigrantes até as primeiras décadas do século XX. O núcleo de imigração localizado no centro do Rio Grande do Sul, o que hoje compreende os municípios de Faxinal do Soturno, Nova Palma, Dona Francisca, Silveira Martins, Ivorá, São João do Polêsine e Pinhal Grande, foi denominado de Quarta Colônia. De acordo com Juliana Manfio (2015, p. 13), esse nome “tem origem do período em que o local se tornou o quarto núcleo de colonização italiana no Rio Grande do Sul, no final do século XIX, quando recebeu inúmeros imigrantes italianos, oriundo do Norte da recém-unificada Itália. Esse pólo de colonização foi denominado Colônia Silveira Martins (1877)”. As colônias anteriores, as quais foram os três primeiros núcleos que receberam imigrantes no Rio Grande do Sul, a partir de 1875, foram denominadas de Dona Isabel (atual município de Garibaldi), Cond’Eu (atual Bento Gonçalves) e Campos dos Bugres (atual Caxias do Sul) (MANFIO, 2015).

Especificamente sobre o Quarto Núcleo Imperial de Colonização Italiana, os imigrantes que chegaram à região foram assentados em barracões, até que fossem demarcados seus lotes de terras. Entretanto, alguns nem esperaram a conclusão destas definições e se estabeleceram nos distritos de Santa Maria, através da compra de lotes, o que comprova que alguns migraram com capital suficiente para tal. Maíra Inês Vendrame aponta que a escolha destas terras não foi aleatória.

As relações de amizade entre algumas famílias era um aspecto que contribuía para que procurassem se estabelecer próximas umas das outras. (...) Uma rede de reciprocidade entre elas que permitia a elaboração de estratégias conjuntas de ocupação e organização de um determinado espaço. (...) As afinidades entre os grupos familiares foi um recurso que possibilitou que houvesse uma coesão nos núcleos colônias da região central do Rio Grande do Sul (VENDRAME, 2012, pp. 144-145).

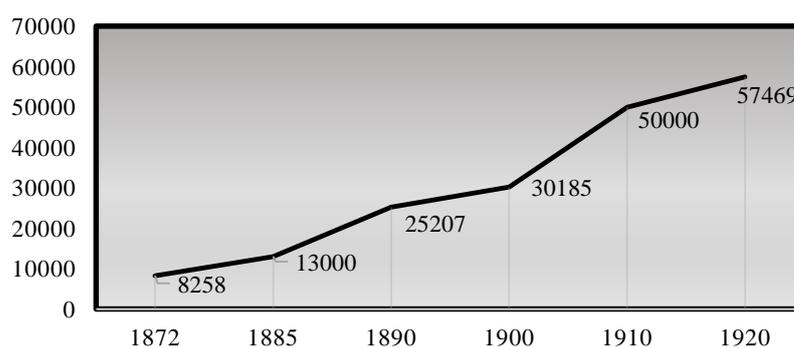
---

<sup>26</sup> Mais informações sobre alemães em Santa Maria: NICOLOSO, Fabrício Rigo. *Fazer-se elite em Santa Maria – RS: os imigrantes alemães entre estratégias políticas e sociais – 1830/1891*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria/RS, 2013.

Além de se estabelecerem próximos, alguns imigrantes adotaram a compra coletiva de lotes, dividindo uma grande extensão de terra em pequenas propriedades. A partir da análise que Vendrame realizou da correspondência trocada entre o grupo, no que consiste em bens econômicos e de subsistência, estes homens e mulheres possuíam cavalos, galinhas, porcos e também plantavam batatas, mandioca, alguns grãos e outros vegetais. Considerando que os italianos eram pequenos produtores, vários também se tornaram carreteiros para transportar seus produtos e de seus vizinhos, até as estações da ferrovia. Podemos encontrar, portanto, um elo entre a ferrovia e a imigração italiana, elementos que constituíram o cenário de Santa Maria, entre o final do século XIX e início do XX.

Além disso, é preciso pontuar o impacto urbano e social da chegada da ferrovia a região central do Rio Grande do Sul, além das levas imigratórias decorrentes do final do Império.

**Gráfico 1 - População de Santa Maria (1872-1920)** <sup>27</sup>



Ao olharmos para o gráfico 01, claramente percebemos o crescente aumento populacional da cidade. Por conseguinte, ao calcularmos o índice real de aumento<sup>28</sup>, notamos que entre 1885, ano da instalação da ferrovia, e 1900 houve um acréscimo de 54,79% da sua população. Variando de 13 mil habitantes para 30.185, ou seja, mais do que duplicou. Destacamos, portanto, que Santa Maria no início da República consistia em uma cidade em ebulição populacional, recebendo imigrantes europeus e sofrendo modificações significativas em seu cenário político, econômico e social.

<sup>27</sup> Gráfico elaborado pela autora a partir dos Recenseamentos do IBGE de 1872, 1890, 1900 e 1920. Além de dados populacionais para os anos de 1885 e 1910 encontrados em BELTRÃO, Romeu. *Cronologia histórica de Santa Maria e do extinto município de São Martinho (1787-1930)*. Santa Maria, 2013.

<sup>28</sup> Para realizar este cálculo utilizamos a fórmula estatística da taxa anual de crescimento populacional:  $pf = po (1 + \alpha)^n$  Em que  $pf$  = População final;  $po$  = População Inicial;  $\alpha$  = taxa anual e  $n$  = número de anos da variação.

Um lugar que há algumas décadas não passava de uma vila rural, agora, nos últimos anos do século XIX, estava com ares de uma cidade grande, por onde, diariamente, circulavam centenas de pessoas pela ferrovia, além dos que ali decidiram residir. Para dar conta dessa ebulição em que viviam, chefes municipais precisaram calçar as ruas, ampliar as avenidas, instalar a iluminação pública, proteger os habitantes contra as epidemias, controlar os tumultos causados por tanta gente diferente convivendo no mesmo espaço. Porém, os problemas não eram apenas estruturais. Uma vila em que antes todos se conheciam por ser “o fulano filho da família tal”, passou a enfrentar os desafios gerados pela impessoalidade. Afinal, as elites poderiam continuar as mesmas de meados do século XIX, mas os populares se ampliavam e eram a eles que a municipalidade precisava dar uma atenção especial.

Refletindo sobre esse contexto, a partir de agora nos deteremos ao processo político que desencadeou na inauguração do Hospital de Caridade de Santa Maria.

## **2.2 República e Federalismo: relações políticas e a saúde no Rio Grande do Sul**

Entre os últimos anos do século XIX e a primeira década do século XX, o que chamou nossa atenção foi o grande número de hospitais inaugurados em pequenas e médias cidades do Rio Grande do Sul. Concretamente, a Santa Casa de Misericórdia de Itaqui (1896), Santa Casa de Caridade em Uruguaiana (1901), Hospital de Santa Elizabeth de São Leopoldo (1903), Hospital de Caridade de Santa Maria (1903), Santa Casa de Misericórdia de Sant’Ana do Livramento (1903), Hospital de Caridade de Cachoeira do Sul (1903), Hospital de São João de Santa Victória do Palmar (1904), Hospital dos Pobres de São Borja (1905) e o Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre (1907). Ou seja, em dez anos foram fundados 9 hospitais, sendo esse um número bem significativo. A partir desses dados, procuramos refletir a respeito das motivações à instalação de hospitais no interior do estado, principalmente a partir do início da República.

Trabalhamos com a hipótese de que essa ampliação das instituições de saúde e assistência foram incentivadas através de subvenções geridas pelos políticos do PRR (Partido Republicano Rio-Grandense) para o interior do Rio Grande do Sul em função de relações pessoais que possuíam com os líderes locais. Assim, a esta expansão da assistência à saúde dinamizada pelo PRR em consórcio com as elites locais, soma-se o crescimento das

idades onde a criação de um hospital passa a ser entendida como uma forma de gerir os problemas urbanos motivados pela pobreza.

Como não seria possível analisar com profundidade cada caso de fundação de hospitais no interior e também devido à vasta documentação disponível em Santa Maria, optamos por estudar seu Hospital de Caridade, fundado em 1903. Neste período, a cidade estava em um crescente aumento populacional, iniciado por volta do final da década de 1880, devido à instalação da ferrovia, que passara a ligar o Estado do Rio Grande do Sul de leste a oeste, ou seja, da capital, Porto Alegre, até Uruguaiana, fronteira com a Argentina.

No ano da criação do hospital, Santa Maria possuía cerca de trinta mil habitantes. A inauguração deste que foi um dos primeiros hospitais da região central do Rio Grande do Sul, envolveu uma rede de relações que girava em torno da participação dos leigos na sua administração; da contratação das irmãs de caridade para a realização do trabalho de enfermagem; dos médicos, que também participavam de sua administração; das autoridades públicas, principais financiadoras da instituição; e da sociedade civil.

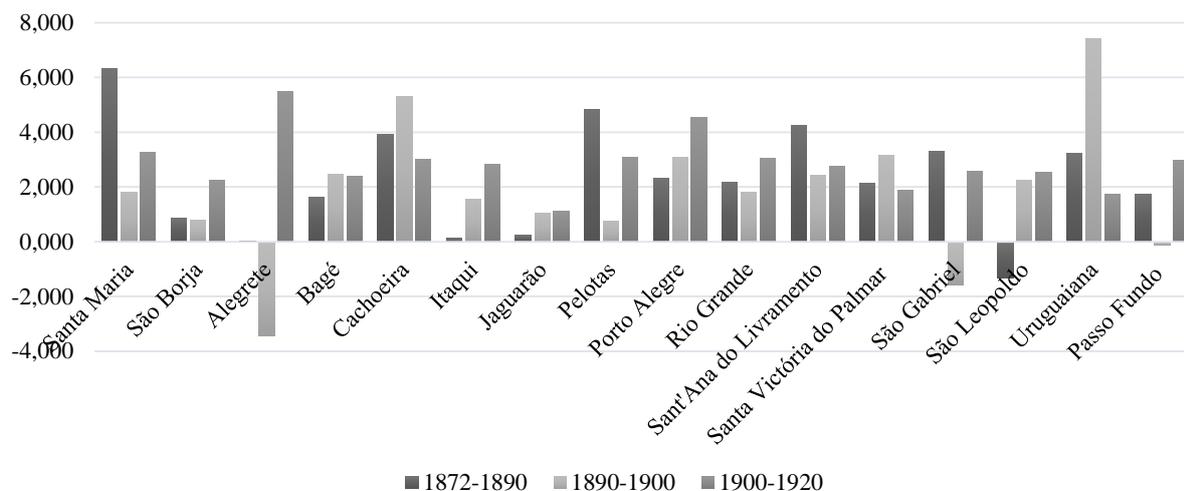
Antes de analisar a fundação do hospital, precisamos compreender um pouco do Rio Grande do Sul no início da República. Além de pontuarmos a política estadual, dominada pelas práticas autoritárias do PRR e geridas a partir da Constituição Estadual de 1891, cabe destacar também o processo de mudanças socioeconômicas pelo qual passou entre o último quartel do século XIX e início do XX. Período no qual foi construída sua malha ferroviária, ligando a capital à fronteira, possibilitando o desenvolvimento do interior, antes prejudicado pelas longas distâncias. Cidades que antes eram pequenas vilas, com um fraquíssimo comércio e centradas, principalmente, na economia rural; a partir da chegada da ferrovia cresceram substancialmente, como foi o caso de Santa Maria.

Ao construirmos um gráfico no qual tínhamos por objetivo perceber o crescimento populacional das cidades em que foram fundados hospitais no início da República, através do cálculo do índice real de aumento<sup>29</sup>, notamos que isso também correspondia ao período em que a ferrovia chegou nesses lugares, significando o momento em que elas mais cresceram.

---

<sup>29</sup> Para realizar este cálculo utilizamos a fórmula estatística da taxa anual de crescimento populacional:  $pf = po (1 + \alpha)^n$  Em que  $pf$  = População final;  $po$  = População Inicial;  $\alpha$  = taxa anual e  $n$  = número de anos da variação.

**Gráfico 2 - Índice de aumento populacional (%) das cidades com hospital no RS**



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir dos Recenseamentos do IBGE de 1872, 1890, 1900 e 1920

Na análise do gráfico 02, identificamos que as cidades de Santa Maria, São Borja, Uruguaiana e Passo Fundo possuíram o maior coeficiente de aumento populacional concomitante ao período em que a ferrovia foi instalada. Em Santa Maria, a inauguração data de 1885 e o pico do crescimento do número de habitantes deu-se entre 1872 e 1890. Já nas cidades da fronteira oeste, São Borja, Uruguaiana e Itaqui, o pico ocorreu entre 1900 e 1920, sendo que a linha que percorria Porto Alegre até essa região foi iniciada em 1885, mas concluída apenas em 1907<sup>30</sup>. Já no norte do Estado, em Passo Fundo, a estação na cidade foi inaugurada em 1898, mas a conclusão da Estrada de Ferro que ligaria Rio Grande, no sul do Estado, até São Paulo só ocorreu em 1910. Esse importante entroncamento ferroviário possuía o trecho Passo Fundo-Marcelino Ramos como a principal ligação entre as já concluídas estradas entre: Rio Grande e Santa Maria, Santa Maria e Passo Fundo e, por fim, Marcelino Ramos (divisa entre o Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e Itararé (São Paulo)<sup>31</sup>. O aumento populacional em Passo Fundo ocorreu justamente nesse período, correspondente a 1900 e 1920. As inaugurações dos hospitais nesses locais também ocorreram no período igual ou subsequente ao do crescimento da população. Santa Maria, por exemplo, começa a

<sup>30</sup>Notas sobre as estações ferroviárias do Rio Grande do Sul disponíveis no site: [http://www.estacoesferroviarias.com.br/index\\_rs.htm](http://www.estacoesferroviarias.com.br/index_rs.htm)

<sup>31</sup> Mais informações a respeito da construção da linha ferroviária que interligava o Rio Grande do Sul a São Paulo em: ESPIG, Márcia Janete. A construção da Linha Sul da Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande (1908-1910): mão de obra e migrações. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 28, nº 48, pp. 849-869: jul/dez, 2012.

pensar na fundação do seu hospital em 1890 e ele foi inaugurado em 1903. Ao passo que em Itaquí, Uruguaiana e São Borja a inauguração dos hospitais deu-se em 1896, 1901 e 1905, respectivamente. Para o caso de Passo Fundo, notamos a mesma tendência, e o hospital foi fundado em 1914 (ROSA, 2007).

Outras cidades como Alegrete, Bagé, Jaguarão e São Gabriel possuíram maior expressividade econômica durante o Império, sendo importantes locais de destacamentos militares e áreas estratégicas em períodos de conflitos. Os hospitais nesses lugares datam, inclusive, também do período imperial. No início da República essas cidades perderam “força”, como podemos notar inclusive com um decréscimo populacional para o caso de Alegre e São Gabriel, recuperando-se apenas após o início do século XX.

As cidades de Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas representam um crescimento relativamente compatível à importância que possuíam. Na capital há um aumento constante, enquanto em Rio Grande, destacado pelo comercial devido ao seu porto marítimo, aparece sem grandes picos de crescimento, mantendo uma escala sem muitas oscilações. Já no caso de Pelotas, o maior índice de acréscimo da população deu-se entre 1872 e 1890, período dentro do qual Jonas Vargas (2016, p. 58) destacou como o de maior desenvolvimento socioeconômico da cidade. A criação de hospitais nessas três cidades é diferenciada das demais, afinal, eram as maiores cidades do Rio Grande do Sul. Em todas há hospitais da Santa Casa de Misericórdia e da Beneficência Portuguesa que datam de princípios e meados do século XIX<sup>32</sup>.

Ao percorrermos esses contextos, buscamos compreender como se organizou a assistência à saúde no interior do Rio Grande do Sul. Assim, partimos da discussão a respeito do federalismo e no que ele implicou na elaboração das Constituições Federal e Estadual de 1891, a fim de entender em que medida elas influenciaram na fundação de hospitais, através da delegação das responsabilidades com a assistência à saúde aos Estados e Municípios, no caso da Constituição Federal; e como isso ocorreu na prática sul-rio-grandense através das peculiaridades da Constituição Estadual.

---

<sup>32</sup> Sobre a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Pelotas ver: TOMASCHEWSKI, Claudia. *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: a distribuição de assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c.1847- c. 1891*. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, RS, 2014.

E a respeito dos hospitais da Beneficência Portuguesa ver: QUEVEDO, Éverton Reis. *“Uma mão protetora que os desvie do abismo”*. *Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904)*. São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2016.

### **2.2.1 As constituições federal e estadual do início da República e suas implicações na saúde**

Após 1889 ocorreram mudanças no Brasil tanto no âmbito político, com a implantação do regime republicano, quanto nas questões sociais, refletindo em alterações na maneira de olhar a saúde. No entanto, antes que se possa explicar como, a partir da organização da República, é possível entender o modo pelo qual a assistência à saúde e à pobreza foi gerida entre o final do século XIX e início do século XX, torna-se necessário compreender de que maneira essa nova forma de organizar a política no Brasil foi estruturada.

José Murilo de Carvalho (2011), analisando os debates que giraram em torno da implantação da República, apontou as questões divergentes entre os políticos e os intelectuais brasileiros que, principalmente após 1870, passaram a discutir os preceitos republicanos. O auge dos debates centrou-se no fim dos anos 1870 e durante a década de 1880, período em que foram fundados os principais partidos republicanos: na Capital Federal (Partido Republicano Brasileiro (PRB), 1870); em São Paulo (Partido Republicano Paulista (PRP), 1873); no Rio Grande do Sul (Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), 1882); na Província do Rio de Janeiro (Partido Republicano Fluminense (PRF), 1888); em Minas Gerais (Partido Republicano Mineiro (PRM), 1888), entre outros<sup>33</sup>. Carvalho destacou que embora houvesse agremiações do Partido Republicano em outras províncias, as discussões se centravam na Corte e em São Paulo. No entanto, apontamos à importância de outros lugares como o Rio Grande do Sul e Minas Gerais, principalmente no eclodir da República. Mesmo com essa ressalva, o historiador demonstrou que as divergências existentes dentro das lideranças do partido nesses distintos lugares influenciaram na configuração do cenário republicano de modo geral.

“O ponto central do debate republicano teve a ver com a forma a ser assumida a república, presidencialista ou parlamentarista, centralista ou federalista, democrática ou ditatorial” (CARVALHO, 2011, p. 145). Esse era o aspecto no qual os republicanos divergiam, especialmente entre duas correntes: uma liderada pelo fluminense Silva Jardim que, inspirado no positivismo comteano, defendia a “ditadura republicana e a revolução”;

---

<sup>33</sup> Consultas em: FERREIRA, Marieta da Moraes. *A República na Velha Província*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1989. E em <http://cpdoc.fgv.br/dicionario-primeira-republica>

em oposição ao chefe do Partido Republicano Brasileiro, Quintino Bocaiúva que, amparado pelo liberalismo spenceriano, defendia a “democracia republicana e a evolução” (CARVALHO, 2011, p. 148). Silva Jardim encontrou no gaúcho, jovem estudante de Direito em São Paulo, Júlio Prates de Castilhos<sup>34</sup> um grande aliado. Juntos defendiam os ideais positivistas baseados na “anarquia mental e moral, ordem e progresso, evolução, leis científicas, sociologia e ciência política, passagem do homogêneo para o heterogêneo, empirismo metafísica, sociocracia, pequenas pátrias, etc” (idem, p. 152). Por trás desse discurso estava o pensamento de que o cientificismo comteano era uma forma de elevar a república a um estágio superior à monarquia, de acordo com a evolução da humanidade. Dessa forma, essa corrente, inspirada em Augusto Comte, baseava-se, sobretudo, em uma república ditatorial, adepta ao unitarismo; enquanto os que interpretavam a república a partir do pensamento de Herbert Spencer, a defendiam como democrática e representativa.

O princípio do federalismo que seria implementado no Brasil teve origem nessas discussões. No Manifesto Republicano de 1870, o sistema federativo já era defendido e, após a instalação da República, a questão tratava-se de definir a forma que ele deveria assumir. Entre os republicanos do Rio Grande do Sul e de São Paulo essa ideia era ainda mais forte. Desde a fundação do PRP, por exemplo, ficou determinado que, em caso de uma Federação dos Estados Unidos do Brasil, São Paulo defenderia sua autonomia administrativa e política. Daremos mais ênfase a essa defesa do federalismo por parte dos líderes do Rio Grande do Sul, por se tratar do recorte espacial dessa tese.

Em janeiro de 1884, os membros do PRR inauguraram um periódico com o intuito de divulgar as ideias republicanas no Rio Grande do Sul. Sob a direção do líder do partido, Júlio de Castilhos, foi fundado *A Federação*. Seu nome já indicava a posição dos republicanos gaúchos no que dizia respeito a organização pretendida à república. No dia 20 de março do mesmo ano, o editorial do jornal, escrito por Júlio de Castilhos, foi dedicado à

---

<sup>34</sup> Júlio Prates de Castilhos nasceu em 1860, em São Martinho, então distrito de Cruz Alta, na região central do Rio grande do Sul. Diplomou-se em Direito, pela Faculdade de São Paulo, em 1881. Em 1882, participou da Convenção do Clube Republicano Rio-Grandense que deu origem ao PRR (Partido Republicano Rio-Grandense). Em 1884, inaugurou, juntamente com seus colegas de PRR, o jornal republicano “A Federação”. Em 1891, foi eleito deputado para a Assembleia Constituinte. Foi governador do Rio Grande do Sul entre julho e novembro de 1891 e entre 1893 e 1898, sendo substituído por Borges de Medeiros. Também em 1891, elaborou a Constituição Estadual, também chamada como “Constituição Castilhista”, no qual propagava sua interpretação a respeito do positivismo de Augusto Comte. Analisaremos a trajetória desse sujeito ao longo deste capítulo. Mais informações e onde nos baseamos para elaborar esta pequena biografia em: RODRIGUEZ, Ricardo Vélez. *Castilhismo: uma filosofia da República*. Londrina, 2015.

defesa do princípio da descentralização do poder que estava nas mãos governo central, destacado a seguir.

De experiência em experiência, de desengano em desengano, chegou, finalmente, o país ao período crítico, em que mais e mais imperiosa se torna a solução d'este inevitável dilema: ou descentralização ou desmembramento. (...). As mutuas recriminações que constantemente se fazem tornam-se cada vez mais fortes e violentas. As menos aquinhoadas[Províncias] se queixam acerbamente das que auferem maior quinhão. Todas, finalmente, acusam o centro de absorver-lhes as riquezas, a autonomia, as liberdades. (...) E é por tal forma crescente a desilusão do espírito público ali, que já se proclama abertamente a necessidade de separação. (...) A federação é a única condição capaz de salvar a unidade nacional<sup>35</sup>.

Era bem significativa a posição assumida pelo líder dos republicanos gaúchos no que diz respeito ao federalismo, entendido como solução para os problemas nacionais, especialmente devido ao fato de que considerava injustas cobranças às províncias, além da falta de liberdade e autonomia delas. Júlio de Castilhos apresentava, ainda, apenas duas alternativas, a instituição das unidades federativas, ou a separação das províncias.

Anos mais tarde, em editorial de 06 de abril de 1887, Júlio de Castilhos retomou o tema da descentralização ou separatismo, dessa vez sendo ainda mais enfático na importância do federalismo. “[Para] evitar o fracionamento da pátria brasileira, assegurando o viver harmônico das províncias pela restituição da liberdade e autonomia que lhes foram usurpadas – tal é a inspiração suprema das nossas convicções federalistas”<sup>36</sup>.

O projeto de Castilhos foi consolidado e com a Proclamação da República, ficou determinada, através do decreto 1º, que a forma de governo provisória seria regida pela República Federativa. O artigo 2º deste mesmo decreto estabelecia que “As Províncias do Brazil, reunidas pelo laço da federação, ficam constituindo os Estados Unidos do Brazil” e no seu artigo 3º que “Cada um desses Estados, no exercício de sua legítima soberania, decretará oportunamente a sua constituição definitiva, elegendo os seus corpos deliberantes e os seus governos locais”<sup>37</sup>. No ano seguinte, a partir de um projeto elaborado por uma

<sup>35</sup> Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 20 de março de 1884. Nº. 66, ano I, p. 01. Disponível em: <http://memoria.bn.br/>

<sup>36</sup> Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 06 de abril de 1887. Nº. 78, ano IV, p. 01. Disponível em: <http://memoria.bn.br/>

<sup>37</sup> Decreto nº 01, de 15 de novembro de 1889. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1-15-novembro-1889-532625-publicacaooriginal-14906-pe.html>

Comissão responsável pela Constituinte, iniciaram os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. Nas suas discussões, Júlio de Castilhos, representante do Rio Grande do Sul, defendia os mesmos argumentos já apresentados no jornal *A Federação*, destacando a importância do federalismo e da descentralização, ameaçando o separatismo caso não se fizesse cumprir. José Murilo de Carvalho (2011, p. 151) destacou o difícil trabalho que tiveram os defensores de um federalismo menos radical. Outra proposta, contrária às ideias de Castilhos, consistia em um fortalecimento da União, considerando um erro a fragmentação do país em “pequenas pátrias”.

Esses debates foram fundamentais à elaboração final da primeira Constituição da República, de 24 de fevereiro de 1891. Outorgada a partir do sistema de República Federativa, no seu artigo 63 instituía a cada Estado que adotassem suas próprias constituições, desde que respeitados os princípios da União. Porém, havia uma ressalva nas suas disposições transitórias exigindo dos estados a elaboração de suas constituições próprias, caso não cumprissem esse requisito teriam que incorporar a Carta Magna de outro estado. A partir dessas atribuições, podemos interpretar que os estados possuíam a autonomia de legislar, desde que não ferissem os termos previstos na Constituição Federal, ou seja, não era permitido confrontar a União.

O sistema federalista, instaurado a partir da primeira Constituição republicana, ao conceder autonomia aos Estados, atendia às reivindicações das oligarquias brasileiras sobretudo as de Minas Gerais, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, além dos próprios militares. Gisele Sanglard aponta como consequência desse modelo o fortalecimento desses três Estados com relação aos demais, “prejudicados principalmente pela divisão tributária, que beneficiava os estados com maior peso nas exportações” (SANGLARD, 2008, p. 127). Além disso, o dever de elaborar constituições próprias favorecia os estados a legislar conforme seus interesses próprios. Nesse sentido, Renato Lessa destacou que “o federalismo apresentado como nova panaceia, por alguns dos republicanos, não guarda nenhuma tradição liberal e individualista. A titularidade de direitos não é atribuída aos indivíduos-cidadãos, mas sim retirada da centralização imperial e transferida às províncias” (LESSA, 2001, p. 16). Ou seja, segundo esse autor, correspondia às aspirações que propunha Júlio de Castilhos no final do Império: uma forma de manter a unidade nacional, porém com governantes com plenos poderes para gerirem seus estados.

Ainda sobre as atribuições dos estados, a Constituição Federal, em termos da administração estadual e no que diz respeito à saúde, no seu artigo 5º, incumbe aos estados a organização da assistência à saúde, mantendo ao governo Federal apenas a execução das políticas públicas em casos de epidemias. Ratificada pela lei nº 26, de 30 de dezembro de 1891, na qual delegava aos governadores a responsabilidade com o serviço de higiene terrestre de seus territórios<sup>38</sup>. Ou seja, houve uma descentralização dos serviços de saúde pública, cabendo aos Estados e aos Municípios as responsabilidades de resolver os problemas relativos a isto. No entanto, persistia a ideia, já existente no Império, de que o governo federal poderia intervir de forma direta em casos de grandes calamidades, como as epidemias.

Seguindo a perspectiva determinada pela Constituição Federal, a qual concedia autonomia aos estados para organizarem suas leis, no Rio Grande do Sul, a Constituição Estadual foi elaborada pessoalmente pelo líder do Partido Republicano Rio-grandense, Júlio Prates de Castilhos. Outorgada em 1891, legitimou um governo autoritário, fortemente centralizado na figura do chefe político e na força do poder executivo, limitando os poderes do legislativo (KÜHN, 2011). Entre as amplas liberdades concedidas ao Presidente do Estado, lhe era permitido nomear o vice-presidente e reeleger-se indefinidamente. Além disso, a Constituição garantia a “manutenção de amplas liberdades individuais e livre concorrência, sem interferência do Estado na iniciativa privada” (WEBER, 1999).

Nesse sentido, uma característica marcante dessa legislação dizia respeito à liberdade profissional, no seu artigo 71, parágrafo 5º previa que quem obtivesse diploma acadêmico ou escolástico não teria privilégios em relação a quem não os possuíssem, sendo livre o exercício de todas as profissões. E ainda era reafirmada pelo parágrafo 17º: “Nenhuma espécie de trabalho, indústria ou comércio poderá ser proibida pelas autoridades do Estado, não sendo permitido estabelecer leis que regulamentem qualquer profissão ou que obriguem a qualquer trabalho ou indústria”<sup>39</sup>. Esse artigo implicaria profundamente na forma como o estado entendia as artes de curar, sobretudo porque não exigia o diploma dos profissionais, podendo qualquer pessoa exercer a prática profissional em qualquer área do conhecimento.

---

<sup>38</sup> Lei nº 26, de 30 de dezembro de 1891. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1824-1899/lei-26-30-dezembro-1891-545784-publicacaooriginal-59166-pl.html> acesso em 08 de julho de 2016.

<sup>39</sup> Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, de 14 de julho de 1891. Disponível em: <http://www2.al.rs.gov.br/memorial/LinkClick.aspx?fileticket=frKwldvbn2g%3D&tabid> acesso em 8 de julho de 2016.

Essa questão causou grandes conflitos entre os médicos diplomados, especialmente em Porto Alegre, e as autoridades públicas. Retornaremos a essa discussão ao final deste item.

No momento da instalação da República, o PRR não contava com a maioria política no Rio Grande do Sul. Carina Martiny destaca que em vários municípios ainda predominava o Partido Liberal, “sendo os republicanos grupo numericamente inferior” (MARTINY, 2014, p. 204). Esse cenário aponta uma distinção com relação aos demais estados brasileiros, nos quais, em grande parte, os republicanos estavam associados a antigos membros do Partido Liberal. Diferentemente do Partido Republicano Paulista, por exemplo, em que seus membros compunham da elite cafeicultura que, prejudicada pelo centralismo monárquico em detrimento de seus interesses regionais, lutava contra o fim do Império através de ideias liberais; no Rio Grande do Sul, as lideranças republicanas em nada se aproximavam do Partido Liberal, ao contrário formou-se um grande embate entre eles.

A clivagem entre as elites políticas no Rio Grande do Sul e, com o fim da monarquia, o poder nas mãos dos jovens republicanos, implica em uma forte oposição de outro grupo político emergente, representados no Partido Federalista - fundado em 1892, sob a liderança de Gaspar Silveira Martins, englobando ex-liberais e ex-conservadores - deflagrando a chamada guerra civil *Federalista* (1893-1895). Entendida como uma revolta da elite agrária, representantes do poder local agiram contra a ação política de Júlio de Castilhos. A ascensão dos republicanos ao poder acabou ferindo a viabilidade da manutenção do *pacto imperial*, o qual privilegiava os estancieiros que compunham a elite agrária da fronteira sul<sup>40</sup>. A disputa deu-se entre os federalistas, defensores do monarquismo e do parlamentarismo, contra os republicanos, defensores do presidencialismo.

Essa intensa oposição que o PRR encontrou demonstrava uma das características que Flávio Heinz (2009) aponta como diferenciais da política no início da República no extremo sul do Brasil com relação ao contexto geral brasileiro. Heinz destaca três principais fatores que explicam essa diferença. O primeiro consistia na oposição entre antigos liberais e republicanos, a qual teve seu auge durante *A Federalista*, saindo “vencedores” o grupo liderado por Júlio de Castilhos. Inclusive a essa oposição, o historiador aponta a existência do caráter ‘jacobino’ dos militantes republicanos no sul. Desse aspecto, Heinz pontua a

---

<sup>40</sup> Ainda sobre esse “pacto”, ele pode ser interpretado como um acordo entre os estancieiros e o Império, no qual esse grupo da elite política da fronteira sul do Rio Grande do Sul defendiam os interesses territoriais imperiais e, em troca, o governo fazia ‘vistas grossas’ ao contrabando (KÜHN, 2011, p. 104).

segunda característica, destacando que o ‘jacobinismo’ dos gaúchos era semelhante ao dos militares que na Corte lutaram contra a monarquia. Por trás deles, dos republicanos gaúchos e militares, havia o ideal positivista, que os assegurava enquanto grupo e os diferenciava dos demais. Por fim, através desse elemento convergente, o terceiro ponto consistia no apoio que os militares prestaram aos republicanos do sul. A carreira militar perpassava sua formação pelo Rio Grande do Sul, devido à zona fronteira e à grande presença da Guarda Nacional no estado. Isso favoreceu a criação de vínculos com essa parte da elite política gaúcha, que compartilhava a ideologia republicana e positivista. Além disso, em comum possuíam a “desconfiança em relação ao liberalismo clássico das elites regionais brasileiras, bem como a simpatia por um modelo de ação pública que combinasse graus variados de autoritarismo, intervenção estatal e dirigismo econômico, como terminaria por ocorrer no Rio Grande do Sul” (HEINZ, 2009, p. 265).

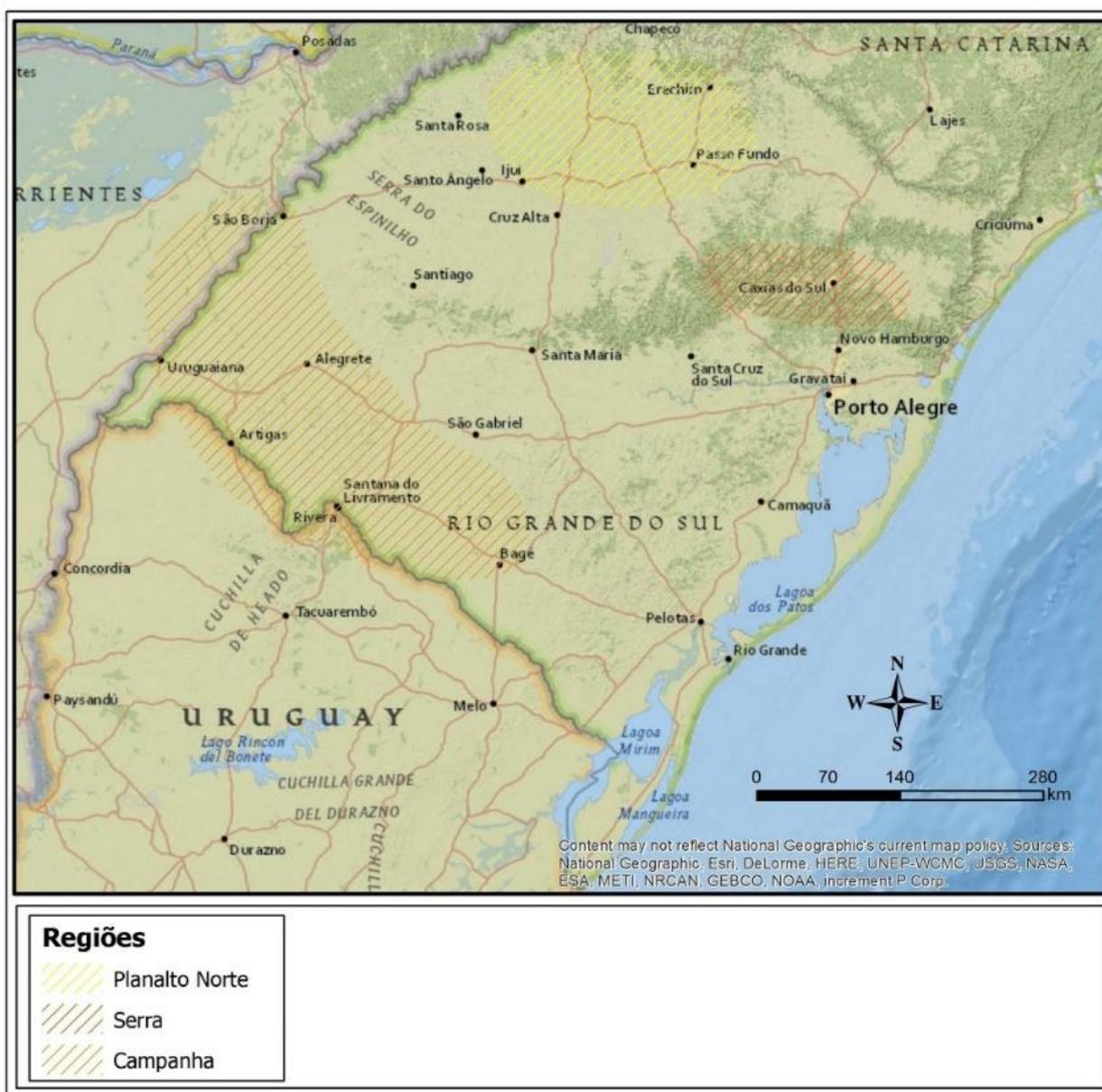
A consolidação do PRR no poder foi, portanto, firmada por uma série de questões. Iniciando no processo que envolveu a Proclamação da República e a instalação do regime federalista, fortemente marcado pelas aspirações de Júlio de Castilhos, que, através disso, buscava a descentralização e maior autonomia dos estados. Amparada pela lei federal, a elaboração da Constituição Estadual de 1891, chefiada por Castilhos, também corroborou para o fortalecimento do partido, dando-lhe plenos poderes para agir de forma autoritária, de acordo com seus interesses. No entanto, receberam forte oposição do Partido Federalista – composto pela elite agrária da fronteira sul, membros dos antigos partidos Liberal e Conservador –, sobretudo através da deflagração da *Federalista*. A vitória dos republicanos no confronto deu-se, em grande medida, pelo apoio que receberam dos militares do centro do país, sobretudo, dos aliados de Floriano Peixoto, consolidando uma forte coligação entre os políticos do PRR e o exército brasileiro.

Podemos entender o fortalecimento do PRR também através da análise da mudança no perfil da elite sul-rio-grandense ao longo da segunda metade do século XIX. Autores que já citamos, como Martiny e Heinz, apontaram que o partido não consistia na maioria política quando assumira o poder. Além deles, o historiador César Augusto Queirós reafirma essa questão, porém enfatizando a relação com as elites: “a implantação do regime republicano não foi algo automático, uma vez que se nos outros estados os partidos republicanos eram compostos pelo conjunto de suas elites tradicionais, no Rio Grande do Sul, o PRR, além de ser numericamente inferior, não contava com o apoio destas elites” (QUEIRÓS, 2008, p.

67). A problemática que propomos responder é, portanto, quem eram essas *elites tradicionais*, a que se refere Queirós, e como elas se transformaram em *novas elites*, a fim de entender como elas se organizaram para que um hospital fosse fundado no interior do estado.

\* \* \*

**Figura 2 - Mapa do Rio Grande do Sul atual, dividido por regiões<sup>41</sup>.**



<sup>41</sup> Mapa elaborado pelo geógrafo João Paulo Delapasse Simioni (UFRGS) a partir da plataforma disponível online no site ArcGIS.com

Jonas Vargas, historiador que pesquisou a respeito da elite política sul-rio-grandense na segunda metade do século XIX, destaca que não podemos incorrer no erro de considerar os membros do Partido Liberal apenas como representantes da elite agrária da região da Campanha (correspondente as cidades de Bagé, seguindo a esquerda, até São Borja na figura 02), como comumente foi descrito pela historiografia. Também recomenda que não seja feita uma divisão dos republicanos enquanto membros da ‘classe média’ urbana do Planalto (em amarelo na figura 02) e da Serra (em vermelho na figura 02) do Rio Grande do Sul *versus* os antigos liberais e conservadores, ricos estancieiros da Campanha. Vargas aponta que ambos os grupos eram oriundos, principalmente, “de famílias de estancieiros médios e abastados, com bases em todos os municípios da província, mantendo, obviamente, variações quantitativas e peculiaridades de acordo com as localidades em que se encontravam suas famílias” (VARGAS, 2007, p. 21).

Ao olhar as complexidades que envolviam as elites políticas, Vargas entende que a pesquisa a partir das estratégias familiares pode ser um caminho viável para entender a trama que envolvia, principalmente, aqueles que ocupavam os principais cargos políticos durante o Império: deputado, senador e ministro. No contexto de uma sociedade que vivia nas incertezas causadas pelos constantes confrontos nas regiões fronteiriças e que dependia das decisões legislativas do governo imperial, a presença de um familiar ocupando um importante cargo tornava-se um meio mais seguro para investimentos, fosse no âmbito econômico ou na manutenção do prestígio social. Esses sujeitos tornaram-se mediadores entre “a paróquia e a corte”, “estimulando a criação de verdadeiros projetos familiares que objetivavam ampliar suas relações sociais através de laços matrimoniais, trocas de favores e conquistas de cargos” (VARGAS, 2007, p. 22).

Vargas ainda pontua que, se até a década de 1840 a principal ocupação dos Deputados-Gerais do Rio Grande do Sul era ser militar, magistrado ou padre; a partir de 1850 esta realidade se inverte, fazendo praticamente desaparecer estas profissões, dando lugar aos advogados, médicos e engenheiros. Ou seja, o diploma de bacharel, progressivamente, tornou-se um elemento fundamental, ao longo da segunda metade do século XIX, àqueles que pretendiam um lugar na carreira política. Isso influenciou no projeto

das famílias que pretendiam manter-se ou ascender à elite gaúcha, as quais passaram a enviar seus filhos às academias imperiais, sobretudo à Academia de Direito de São Paulo<sup>42</sup>.

Essa perspectiva se mantém entre o final do Império e o início da República, com a consolidação do grupo republicano no poder, através dos governos de Júlio de Castilhos (julho a novembro de 1891 e 1893 até 1898) e do seu sucessor, Borges de Medeiros (entre 1898-1908 e 1913 e 1928). Ambos os políticos se diplomaram em Direito, em São Paulo. Configurou-se, portanto, uma base aliada, respaldada pelos setores da oligarquia rural e pelos profissionais liberais, comerciantes e funcionários públicos, predominantemente urbanos.

Procurando entender a atuação política dos membros dos principais partidos atuantes durante o Império, a fim de que possamos analisar qual o alcance político dos membros do PRR ao ascenderem ao poder, retomamos a Jonas Vargas, quando problematiza a respeito da atividade profissional, do partido político e da região de atuação dos 142 deputados provinciais entre 1868 e 1889. Nesse cenário, destacam-se Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande como os centros da burocracia. De modo geral, os deputados possuíam vínculos no distrito eleitoral que os elegiam, fosse através de terras ou atividades profissionais. Através da escolha pelo candidato, os eleitores esperavam favores em troca de voto. “O que movia os eleitores não eram os ideais programáticos e doutrinários da agremiação, mas sim, a influência política e a liderança pessoal dos mediadores e de suas famílias” (VARGAS, 2007, p. 92).

Dividindo por regiões, Vargas (2007) aponta que a região central concentrava mais conservadores, enquanto na capital, no Planalto Norte e em Pelotas havia mais liberais. Na Campanha, o número de deputados provinciais se equiparava. Ainda chama atenção as armadilhas que podemos recorrer ao tentar criar modelos rígidos para explicar essas elites. Havia charqueadores, estancieiros e negociantes entre os liberais e os conservadores e, após a criação do PRR, o mesmo ocorria. Ainda que em algumas cidades se destaquem as hegemonias partidárias, podendo ser divididas entre o domínio dos conservadores, como em

---

<sup>42</sup> Sérgio da Costa Franco, analisando os gaúchos formados pela Academia de Direito de São Paulo, percebeu que entre 1832 (ano da primeira turma) até 1889, foram formados 163 estudantes sul-rio-grandenses. Vargas (2007) percorrendo esses nomes conseguiu descobrir o local de nascimento de 113, sendo 20% da região da Campanha, 23% de Porto Alegre, 37% do núcleo Charqueador (Pelotas e região), o Planalto Norte compunha apenas 5% dos estudantes, o que Vargas considera um dos motivos pelos quais a região possuía pouca representatividade dentro da elite política do período.

São Gabriel, Rio Grande, São Leopoldo, Rio Pardo, Taquari e Uruguaiana; e dos liberais, em Pelotas, Porto Alegre, Livramento, Cachoeira e Jaguarão (VARGAS, 2007, p. 93).

Essa análise nos ajuda a entender a sustentação política para a formação da elite que, ao final do século XIX, começou a se articular para fundar um hospital no interior do Rio Grande do Sul. Não seria possível explicar como os políticos de Santa Maria conseguiram apoio do presidente do Estado, sem que pudéssemos compreender a origem dessas alianças. Portanto, ainda antes disso, retomamos a ascensão do PRR ao governo gaúcho e procuremos entender como ele construiu sua base de apoio nos municípios.

Para construir uma certa hegemonia republicana no Rio Grande do Sul, o PRR precisou, em primeiro lugar, conquistar a adesão dos municípios. Os quais, como destacamos anteriormente, eram marcados por décadas de apoio aos liberais e conservadores. Carina Martiny aponta como hipótese a negociação que fez o partido e, principalmente, o seu líder, Júlio de Castilhos, com seus correligionários. Analisando 102 correspondências recebidas por Castilhos entre 1890 e 1892, Martiny percebeu que destas, 84 foram enviadas em 1890, chamando atenção ao fato deste ser o ano subsequente à Proclamação da República, ou seja, momento em que se fazia necessário reorganizar as bases de apoio entre estado e municípios. As origens das cartas eram diversas, representando 34 cidades diferentes. Isso demonstra que PRR já possuía, mesmo antes da eclosão da guerra civil de 1893, bases de apoio em diversos municípios, com líderes articulados com Castilhos (MARTINY, 2014, p. 207).

Embora os locais do envio das cartas fossem bem diversificados, algumas cidades se destacam: novamente os centros políticos Pelotas, Porto Alegre e Rio Grande aparecem como os que mais se correspondiam, seguidos por Rio Pardo, Santa Maria e São Martinho. Chamamos atenção a estes três municípios, todos localizados na região central do estado. Frisa-se que essa era a região de origem de Júlio de Castilhos, haja vista que nasceu no então distrito de São Martinho e realizou estudos primários em Santa Maria. A família Castilhos, que tinha a pecuária como principal atividade econômica, possuía bens na região (MARTINY, 2014b).

Analisando qualitativamente as correspondências, Martiny (2014b) aponta que as tentativas de trocas e barganhas entre líderes locais e o líder republicano estavam direcionadas a garantir melhores posições políticas e sociais às elites locais, ao passo que

para os objetivos do PRR representava a garantia da sua governabilidade e da ampliação do domínio do partido que ainda não era maioria no estado.

O caminho explicativo que percorre Martiny nos interessa para compreensão de como os líderes partidários de Santa Maria e a elite local conseguiram firmar uma parceria com o governo estadual que tornou possível, em 1903, a fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria. Consideramos como hipótese a força local do PRR, dada em função das relações pessoais que Júlio de Castilhos possuía na região central, ou seja, através da importância do relacionamento entre as elites para a conquista de apoio. Isso chama atenção quando percebemos que no caso de Porto Alegre, por exemplo, havia constantes conflitos entre os médicos e governo estadual, enquanto os primeiros não aceitavam o exercício da medicina sem a comprovação de um diploma, questão cara à liberdade profissional prevista pela Constituição Estadual<sup>43</sup>. Nos parece coerente entender as relações existentes em Santa Maria não apenas pelo viés profissional, embora considerando que foi um médico o principal articulador na fundação do Hospital de Caridade, mas pensando nesses sujeitos enquanto membros da elite local e frutos de interesses políticos.

Não podemos afirmar que os médicos santa-marienses eram a favor da liberdade profissional, mas há alguns indícios que nos levam a pensar nessa possibilidade. O primeiro deles refere-se à ausência de conflitos referentes a esta causa. Isso talvez demonstre que, minimamente, os médicos, que também eram políticos locais pareciam não querer se indispor com o governo estadual, que se mostrava disposto a colaborar com o projeto de um hospital para Santa Maria. Dois dos médicos que estavam articulados com a fundação do hospital, Astrogildo de Azevedo e Pantaleão José Pinto, eram também políticos, inclusive líderes do PRR na região. Pantaleão atuava na política local desde fins da década de 1870 e, após a instalação da República, fez parte da Primeira Comissão da Intendência Municipal, nomeada pelo Presidente do Estado, membro do PRR, José Antônio Correia da Câmara, o segundo Visconde de Pelotas (ROSSI, 2017). Já Astrogildo, que chegou em Santa Maria em 1890, na mesma década ocupou cargo de Delegado de Higiene, posteriormente foi superintendente do serviço de profilaxia, Vice-Intendente Municipal em 1909 e Intendente em 1916 (ROSSI, 2012). Além dos dois médicos, outros membros da Sociedade de Caridade, que daria origem ao Hospital, eram também políticos locais, inclusive seu presidente,

---

<sup>43</sup> Mais informações sobre essa disputa entre o governo estadual e os médicos em: WEBER (1999) e VIEIRA (2009).

Francisco Abreu Vale Machado, fora o Intendente na época, entre 1892 e 1900 (KARSBURG, 2007). Além disso, Santa Maria foi sede, em 1888, do 6º Congresso Republicano do Rio Grande do Sul, fazendo-se presente os principais líderes do PRR no período “Júlio Prates de Castilhos, Antônio Augusto Borges de Medeiros, Ramiro Barcelos, Fernando Abbott, Pinheiro Machado, Francisco de Abreu Vale Machado, entre outros” (ROSSI, 2012, p. 43). Deste congresso saiu a indicação de Castilhos como representante regional para participar do Congresso Nacional do partido, no Rio de Janeiro, o qual ditou os rumos da política republicana no período.

Essas questões elucidam a forte relação entre Santa Maria, o PRR, os médicos e políticos locais, o que nos ajuda a pensar porque, diferentemente de Porto Alegre, naquela cidade os “doutores” não se manifestavam contra a liberdade profissional tão pregada pelo partido e imposta na Constituição Estadual. Além de compreendermos através dessas tramas porque houve, posteriormente, apoio do Estado à construção de um hospital.

Em uma reportagem de 1915, na qual remonta à visita do então presidente do Estado, Borges de Medeiros, ao Hospital de Caridade, há menção da posição dos médicos da cidade a respeito da liberdade profissional.

O dr. Medeiros teceu elogios ao hospital e bebeu à saúde do fundador do mesmo, dr. Astrogildo, e de seus colaboradores na pessoa do dr. Becker Pinto. Este respondeu, agradecendo a honrosa visita de v. ex. aquela casa, cujo diretor procurou colocar o regulamento interno nos moldes da Constituição Estadual. Fez, em termos elogiados, *apologia da liberdade profissional* e terminou com entusiásticas referências ao dr. Borges de Medeiros que disse ser um estadista inteiramente dedicado pela felicidade do Rio Grande. O dr. Protásio, tomando a palavra, disse sentir verdadeiro consolo, num *meio médico ilustrado como o de Santa Maria, com aquela orientação liberal*, firmada pelo reputado clínico dr. Becker Pinto, digno colega e amigo, *no momento em que outros colegas de mérito procuraram enveredar por caminho estreito, opondo-se à sábia lei que tão bons serviços e resultados tem trazido ao Rio Grande (grifos nossos)*<sup>44</sup>.

O jornal em que esta notícia foi publicada era propagandista do Partido Republicano, o que nos ajuda a entender o destaque que a reportagem dá ao fato dos médicos de Santa Maria seguirem os princípios da Constituição Estadual no que dizia respeito a liberdade profissional. Ou seja, ao fato de não se oporem à falta de obrigatoriedade do diploma

---

<sup>44</sup> Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 13 de maio de 1915. N. 108. Ano XXXII. P. 1. Disponível em: <http://memoria.bn.br/>

acadêmico para o exercício da medicina, por exemplo, diferentemente do que estava acontecendo em outras cidades.

Nesse sentido, há uma clara menção aos conflitos que acima apontamos, entre os médicos, principalmente de Porto Alegre, e a presidência estadual. Destacamos como exemplo um fato que ocorreu no ano subsequente à publicação desta notícia, 1916, para o qual encontramos menção a uma tentativa da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, fundada em 1908, de organizar o primeiro Congresso Médico no Rio Grande do Sul. Entretanto, sua principal pauta seria discutir contra a liberdade profissional. Por isso, de acordo com Lizete Kummer (2002, p. 75), “o governo do Estado proibiu a inscrição dos médicos funcionários públicos e a comissão organizadora desistiu de realizar o congresso”. Isso demonstra, claramente, as divergências entre os médicos organizados na Sociedade de Medicina da capital e o governo estadual.

Outro viés interpretativo para entender o apoio do PRR na fundação de um hospital em Santa Maria seria pensar que, embora os positivistas tenham permitido a livre concorrência entre as diversas artes de curar, que deveriam ser praticadas de acordo com a consciência da população; eles indicavam que tais práticas fossem orientadas sob o viés da ciência. Nesse sentido, Beatriz Weber (1999) ressalta que os médicos deveriam esforçar-se em adquirir a confiança dos doentes através do convencimento através de sua conduta e suas palavras. Além disso, o governo positivista no Rio Grande do Sul repudiava qualquer ação que interferisse na liberdade individual de escolha pelas artes de curar.

No entanto, embora não houvesse imposição, uma questão cara ao governo era higiene urbana, sendo considerada por Weber (1999) uma das medidas fundamentais para à administração pública gaúcha no início da República. Através desse princípio, o Estado incentivou a organização do departamento de assistência pública<sup>45</sup>, que ficaria a cargo dos municípios. Cada cidade era autônoma para formular, gerir e regular esses serviços, a partir de garantias expressas na Constituição Estadual<sup>46</sup>.

A seguir, analisaremos como a cidade de Santa Maria geriu seus serviços em termos de assistência e organização da saúde através da fundação do Hospital de Caridade.

---

<sup>45</sup> Esse tema será amplamente discutido no quarto capítulo desta tese.

<sup>46</sup> Constituição do Estado do Rio Grande do Sul. Op. Cit.

### **2.3 Família, política e elite local: as bases para a fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria**

Em estudo anterior, procuramos entender como a profissão médica foi ganhando espaço em Santa Maria durante a segunda metade do século XIX, encontramos nas estratégias familiares o fio condutor desse processo. Investigando a respeito do primeiro santa-mariense diplomado médico, Pantaleão José Pinto, percorremos sua trajetória e de sua família a fim de perceber em que momento investir em um diploma do ensino superior e nas profissões liberais, tornou-se uma opção rentável no interior do Rio Grande do Sul (ROSSI, 2015).

Em um quadro no qual construímos parte da genealogia da família de Pantaleão e sua esposa, Ana Becker Pinto, visualizamos quatro gerações, duas que os antecederam, a sua e de seus filhos. Além da rede familiar, apontamos quais as principais profissões encontradas em cada geração. Na primeira, dos ascendentes de Pantaleão, consistiam de grandes sesmeiros que residiram no Rio Grande do Sul por volta do final do século XVIII e início do XIX e, ao lado de Ana, tratavam-se de imigrantes alemães do mesmo período.

Na segunda linha geracional, que viveu por volta da primeira metade do século XIX, do lado de Pantaleão vemos a continuidade nos investimentos com a pecuária, motivados certamente pela grande herança em termos de terra e rebanhos que deixou aos seus filhos. Do lado de Ana, se repete a profissão do pai, comerciante, além de também expandir-se a carreira militar, área comum neste período, motivado principalmente pelos inúmeros conflitos armados que ocorreram, destaque-se a Guerra entre o Paraguai e a Tríplice Aliança (Brasil, Argentina e Uruguai) entre 1864 e 1870, a qual envolveu muitos militares do sul do Brasil.

Na terceira geração, a de Pantaleão, ele aparece como o primeiro membro da família diplomado e em medicina. Na geração de Ana, seguem os comerciantes. No entanto, se destaca o primo de Ana, que também era seu afilhado, João Daudt Filho<sup>47</sup>. Ele diplomou-se

---

<sup>47</sup> João Daudt Filho diplomou-se em Farmácia no Rio de Janeiro e após regressou para Santa Maria, sua cidade natal, em 1882. Na cidade foi uma figura importante por participar de várias agremiações, entre elas a sociedade que deu origem a fundação do Theatro Treze de Maio, em 1890. Em 1904, Daudt Filho mudou-se para o Rio de Janeiro, onde tornou-se um importante empresário industrial, através da sua firma Daudt, Oliveira & Cia. Sanglard (2008, p. 97) caracteriza-o como um grande mecenas da sociedade carioca, o qual possuía relações com diversos intelectuais, como Olavo Bilac, Bastos Tigre e Calixto. “Financiou também a Sociedade Felipe D’Oliveira, criada em homenagem à memória do sobrinho, que se tornou ponto de encontro da intelectualidade carioca, bem como a revista Lanterna Verde órgão oficial da associação”. Além disso, personagens como Assis

em Farmácia, no Rio de Janeiro, tendo seus estudos financiados pela ‘prima-madrinha’ e seu esposo.

Destacamos, a partir da geração de Pantaleão, no último quartel do século XIX e início do XX, o princípio do crescente incentivo aos estudos na Corte e, posteriormente, na capital da República, através do diploma de ensino superior e na área médica. O mesmo segue aos filhos homens de Pantaleão: Nicolau Becker Pinto formou-se em Medicina e Francisco Becker Pinto em Farmácia, ambos pela Faculdade do Rio de Janeiro. O casamento da sua primogênita também seguia a mesma perspectiva. Aura casou-se com Astrogildo de Azevedo, médico recém-formado no Rio de Janeiro que, após a conclusão de seu curso migrara para Santa Maria e iniciara seus trabalhos clínicos juntamente com Pantaleão, em 1890 e, um ano depois, casou-se com a filha de seu companheiro de profissão.

Sobre a profissão das mulheres, não há informações precisas, possivelmente todas fossem dedicadas ao lar. Embora algumas, devido a sua condição social, possuíssem um certo grau de refinamento, como a esposa de Pantaleão que, segundo Daudt Filho (2003, p. 27) “sabia desenho, possuía caligrafia admirável (...), aprendeu alemão(...) e tocava muito bem piano”. Acreditamos que este conhecimento, possivelmente, foi passado às suas filhas mulheres, Aura, Clodomira e Ana.

Entretanto, isso não significava menor importância do papel dessas mulheres na representatividade da família de elite, fosse no interior do Rio Grande do Sul ou em qualquer outro local no Brasil. Maria Ângela D’Incao estudando a mulher e a família burguesa no Brasil, afirma que em um período no qual o país buscava modernizar-se aos moldes europeus, o casamento era tratado como um meio de manutenção ou ascensão do *status* social. Neste sentido, as mulheres “ganhavam uma nova função: contribuir para o projeto familiar de mobilidade social através de sua postura nos salões como anfitriãs e na vida cotidiana, em geral, como esposas modelares e boas mães” (D’INCAO, 2015, p. 229). No caso de esposas de profissionais liberais, como o exemplo de Aura, filha de um médico e casada com outro, seu papel era importantíssimo, pois concordamos com D’Incao quando aponta que perpassava pelo comportamento feminino o sucesso familiar, fosse para manter ou ascender o prestígio social já existente.

---

Chateaubriand e Getúlio Vargas faziam parte da rede de amizades pessoal de Daudt Filho. Inclusive, apontamos que essa rede, provavelmente, tenha surgido nas relações do PRR gaúcho, origem partidária de Vargas.

Ainda pensando na família e na importância de olhar seus membros individualmente e em grupo, Zacarias Moutoukias faz ressalvas importantes que devem ser destacadas.

Considerar a los agrupamientos familiares a partir de espacios sociales más amplios, estudiando relaciones entre individuos, modifica la representación misma de la familia al reconstruir los mecanismos por los cuales esos individuos, al mismo tiempo que construyen dichas configuraciones, negocian sus cambiantes posiciones relativas (MOUTOUKIAS, 2000, p. 137).

Além de estudar os laços existentes, para que se compreenda o agrupamento familiar é necessário entender as relações entre os indivíduos, considerando os diferentes espaços sociais onde atuam. Dessa forma, baseando-se no investimento em um diploma de ensino superior enquanto uma estratégia familiar, pode-se visualizar uma outra rede de relações dentro desse grupo familiar, relativas à profissão. Por conseguinte, refletindo também sobre a ampliação do número de médicos na cidade, a partir da década de 1880 e após Pantaleão, pensamos que eles passaram a dedicar-se à medicina por interesses pessoais ou estratégias familiares. Porém, também devido a uma franca expansão do ensino médico e das preocupações com a saúde e a higiene que estavam em voga naquele período no Brasil.

Dessa forma, compreendemos que tornar-se médico na época ainda era uma novidade para a região. Entretanto, seguindo ao final do oitocentos e início do novecentos, essa prática se intensificou, como percebemos, através do investimento da família de Pantaleão Pinto na educação superior dos filhos e o aumento do número de diplomados. Ainda que essa realidade seja específica de um agrupamento familiar, entendemos que tantas outras podem ter adotado a mesma estratégia. Considerando, claro, a posição social delas, sendo estas, parte da elite rio-grandense, ou do que podemos chamar de nova elite, composta por profissionais liberais que possuíam certo prestígio nos seus locais de atuação oriundo de heranças imateriais, através de capital social de suas gerações anteriores. Como foi o caso de Pantaleão e também de Júlio de Castilhos na região central do Rio Grande do Sul.

Essa nova elite ocupava também cargos políticos importantes. Atentemos para o caso específico do médico santa-mariense, que pode ilustrar essa hipótese. Logo após retornar da sua diplomação no Rio de Janeiro, Pantaleão passou a atuar na política local. Participou da Câmara Municipal entre os anos de 1877 e 1880, e, por ser o vereador mais votado, assumiu o cargo de Presidente. Fato que se repete posteriormente. No ano da instalação da República, 1889, Pantaleão fez parte da primeira Comissão da Intendência Municipal de Santa Maria, nomeada pelo Governador do Estado do Rio Grande do Sul.

Encontrarmos trajetórias de médicos que atuaram na política local não é nenhuma excepcionalidade para o caso brasileiro, tão pouco para os séculos XIX e XX, diríamos que nem mesmo ainda hoje. Entretanto, trata-se de um caso interessante para refletir sobre essas estratégias que perpassaram o âmbito pessoal e profissional, alterando as redes individuais, ampliando-as ao âmbito público e interferindo no cotidiano das cidades. Nossa questão aqui trata-se de entender porque alguns membros de um determinado grupo social se tornaram médicos e como suas ações influenciaram na organização da assistência no interior do Rio Grande do Sul. Sendo assim, percebemos a hipótese da ampliação dessas redes sociais como um caminho explicativo.

A presença de Pantaleão enquanto político atuante na cidade certamente contribuiu e facilitou a mediação entre a elite política local – composta por médicos, comerciantes e estancieiros – e os políticos da capital do Estado. O primeiro ponto que merece destaque é o fato de pertencerem ao mesmo partido, o PRR (Partido Republicano Rio-Grandense). Podemos relacionar também a circunstância de Júlio de Castilhos, líder do PRR, ser oriundo da região central, de uma família abastada, que possuía, assim como a família de Pantaleão, na pecuária seus principais rendimentos.

Essa ligação de Castilhos com a região central pode ajudar a explicar o apoio que o PRR obtinha em Santa Maria, por exemplo. O que abre caminhos para entender a ajuda dos governantes à fundação do Hospital de Caridade, através de subvenções. Como abordaremos no item seguinte desse capítulo, o Estado não era obrigado a subvencionar os novos hospitais. Dessa forma, devemos relacionar isso ao fato de ter sido fundada uma Sociedade de Caridade de Santa Maria, cuja grande maioria dos membros pertenciam ao Partido Republicano. Neste caso, a prosopografia desse grupo pode auxiliar nessa análise.

Lawrence Stone define a prosopografia como “a investigação das características comuns de um grupo de atores na história por meio de um estudo coletivo de suas vidas” cujo objetivo consiste em “encontrar tanto correlações internas quanto correlações com outras formas de comportamento ou ação” (STONE, 2011, p. 115). Stone sugere que para empregar esse método sejam estabelecidas questões uniformes na investigação do grupo. Que sejam coletados dados a respeito do nascimento, morte, casamento, família, origens sociais, posição econômica, ocupação, religião, cargos ocupados ao longo da trajetória, entre outros. Sendo assim, utilizamos as categorias propostas pelo autor para traçar uma biografia coletiva dos membros da Sociedade de Caridade de Santa Maria.

Para uma melhor construção das biografias coletivas, ou prosopografia - aqui trataremos como sinônimos - é preciso, primeiramente, explicar o contexto social, econômico e político no qual esses sujeitos estavam interagindo. Ou seja, é necessário considerar o espaço de atuação do grupo para poder entender melhor suas ações em conjunto.

Uma afirmação que podemos fazer, a princípio, é indicar que os membros da Sociedade de Caridade de Santa Maria eram sim parte da elite santa-mariense, lembramos que por exemplo, Pantaleão, era herdeiro de uma das maiores fortunas inventariadas no século XIX na cidade. Porém, antes que possamos adentrar nesse grupo, precisamos recordar o que significava a Santa Maria no início da República. Como já mencionamos, a cidade estava passando por um emergente processo de mudanças socioeconômicas e crescimento populacional.

Em correspondência ao Presidente do Estado, Borges de Medeiros, em 1899, o presidente da Sociedade de Caridade, o médico Astrogildo de Azevedo, explicava os motivos que justificavam a fundação de um hospital em Santa Maria. Nessa mesma carta, também descreveu como ele percebia as modificações da cidade.

Santa Maria, que a menos de um decênio era uma localidade sem importância está hoje transformada em uma pequena cidade grande. Centro de irradiação das mais importantes vias férreas do Rio Grande do Sul, é ela diariamente visitada por grande número de viajantes para dos quais constitui ponto de passagem obrigatória. Além disso, hospeda uma população operária relativamente considerável e tem mesmo aumentado em progressão muito rápida o número de seus habitantes. Há na cidade centro sinais de trabalho e de vida denunciadores de adiantamento<sup>48</sup>

Nesse trecho da carta, vemos a descrição de um local que estava em processo de transformação, influenciado pelo contexto já mencionado e relacionado ao crescimento populacional, à chegada da ferrovia e dos imigrantes italianos e alemães, sobretudo. Nesse sentido, organizava-se um novo cenário, repleto de trabalhadores urbanos compondo um crescimento desordenado e gerando uma demanda por cuidados com os novos e antigos habitantes, principalmente ligados à saúde, afinal, para que a cidade continuasse crescendo era necessária uma mão-de-obra ativa e saudável. Vemos também no discurso do médico Astrogildo, a clara relação entre fundar um hospital e gerir os problemas urbanos. O que, de

---

<sup>48</sup> AHRS. Secretaria do Interior e Exterior. Documentos dos Governantes. Correspondências Recebidas, Caixa 41, maço 62, 17 de outubro de 1899.

modo geral, remete a uma característica comum do grupo engajado em criar um hospital, praticando ações enquanto parte de um contexto maior no qual estavam inseridas as elites preocupadas em prestar assistência à saúde e à pobreza através de ações filantrópicas, as quais tinham por objetivo maior resolver a *questão social*, entendida por Robert Castel (2015) como a preocupação com o pobre e a gestão da indigência urbana.

Para além de entender o contexto e as motivações gerais à fundação do Hospital, as quais, inclusive, podemos dizer que eram comuns ao cenário brasileiro do mesmo período<sup>49</sup>, nos interessa reduzir a escala de análise e olhar para os sujeitos engajados em tornar tais aspirações possíveis. Por meio das estratégias desses indivíduos, através de suas redes de sociabilidades, teceram-se laços familiares e políticos, com a finalidade deles realizarem seus objetivos.

Ao efetuarmos um exercício prosopográfico, podemos ver, microscopicamente, quem eram esses indivíduos. O primeiro passo foi buscarmos pequenas biografias dos sujeitos que compunham a primeira mesa da Sociedade de Caridade de Santa Maria. Seguimos as recomendações de Lawrence Stone e pesquisamos a respeito de dados que consistiam em: nascimento, morte, residência, origens sociais, posição econômica, formação educacional, ocupação (dentro da Sociedade de Caridade) e cargos ocupados no decorrer da trajetória.

Tratava-se de um grupo relativamente pequeno, treze pessoas, sendo que quatro não ocupavam cargos dentro da Sociedade de Caridade, faziam parte apenas do corpo clínico do hospital. Ainda assim, consideramos importante incluí-los na prosopografia porque estavam diretamente envolvidos com os demais sujeitos. Nominalmente e com o respectivo cargo dentro da Sociedade, são eles: Astrogildo César de Azevedo (Presidente e médico do corpo clínico), Francisco de Abreu Vale Machado (Vice-Presidente), Ildefonso Brenner (1º Secretário), Catão Vicente Coelho (2º Secretário), Pedro Weinmann (Tesoureiro), João Tomaz Ramos (Procurador), Amadeu Weinmann, Germano Brenner e José Pena de Moraes (Membros da Comissão de Contas), Pantaleão José Pinto, Nicolau Becker Pinto, Nicola Turi e José Mariano da Rocha (médicos, membros do corpo clínico do hospital).

---

<sup>49</sup> Conforme as pesquisas vinculadas ao projeto do CNPq “A interiorização da assistência: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência filantrópica à saúde no Brasil (1750-1945)” já começaram a apontar nas discussões ocorridas no ST “Interiorização da Assistência: história e historiografia”, no 15º SNHCT, ocorrido entre 16 e 18 de novembro de 2016, em Florianópolis. Alguns resultados foram publicados em PIMENTA (2017); SANGLARD (2017).

Sendo assim, analisando o conjunto de biografias percebemos que quatro nasceram em Santa Maria, um em Porto Alegre, um em Rio Pardo, um em Taquari, um em São Borja e um na Itália - de quatro não possuímos informações, destes mesmos quatro também não temos informações do local do óbito. Entre os demais, sete faleceram em Santa Maria e um em Porto Alegre. Com exceção de dois que residiram por um período em Porto Alegre, os demais passaram a maior parte de suas vidas em Santa Maria. No que diz respeito à profissão, são cinco médicos, três militares, dois comerciantes, um procurador, um jornalista e um desconhecemos. Sobre a formação educacional, dos oito que conseguimos informações, todos possuíam diploma de ensino superior. Na relação dos cargos e funções ocupadas, em todos os casos há repetição de nomes em cargos distintos: sete participaram da Intendência Municipal, cinco atuaram juntos na Comissão para construção da Igreja Matriz, três se envolveram em sociedades agropastoril, dois lecionaram no Colégio Santa Maria, dois foram fundadores do Clube Caixeiral, dois fundaram o Grêmio Gaúcho de Santa Maria, além disso também destacam-se quatro indivíduos que participaram da Escola de Escoteiros, do Prado Santa-mariense, do Círculo Operário e da direção do Jornal O'Estado, um em cada instituição, respectivamente. Um dado importante a ressaltar era o partido desses homens, dos oito que declararam, sete eram do PRR e apenas um do PF (Partido Federalista).

Em síntese, as redes de sociabilidade intergrupo apontam para um conjunto de pessoas letradas, em sua maioria com ensino superior, que coletivamente circulava pela política e pelas instituições sociais de Santa Maria. Podemos entendê-los enquanto a elite santa-mariense. Além de destacarmos que, profissionalmente, este coletivo era composto pelo que, no primeiro item desse capítulo, definimos por *novas elites*, com profissionais liberais e comerciantes urbanos; mas também ainda agregava as *velhas elites*, com importantes cargos militares. Sendo assim, é possível afirmar que a fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria foi uma ação da elite e, refletindo sobre o contexto da cidade, concluímos que essa ação foi motivada enquanto um meio para gerir e controlar os problemas urbanos e sociais causados pelo grande aumento populacional que a cidade sofreu nos últimos anos do século XX.

Quando relemos a correspondência trocada entre o médico que solicitou subvenção ao Estado para a fundação do Hospital de Caridade, notamos que há um destaque ao grupo que estava envolvido com esse fato. Cruzando esse dado com a prosopografia que

realizamos, notamos que há congruências entre eles. Nessa mesma carta, também há uma definição do público que deveria ser atendido na instituição.

Para satisfazer esta inadiável exigência de nossa vida coletiva, reuniram-se vários cidadãos entre os quais se acham todas as autoridades estaduais e municipais, médicos, advogados, representantes do comércio, industrialistas, e fundaram uma Sociedade de Caridade. Cujo fim é criar e manter nesta cidade um Hospital destinado a tratar gratuitamente os doentes pobres sem que provenha para os sócios quaisquer vantagens pessoais, quer diretas ou indiretas<sup>50</sup>.

Esse fragmento da carta esclarece e reafirma o exercício prosopográfico sobre quem foram as pessoas que se envolveram diretamente para fundar o Hospital de Caridade, oriundo da Sociedade de Caridade. Sendo esta composta por autoridades públicas estaduais e municipais, demonstrando a parceria que havia entre ambos os grupos; e setores da sociedade civil: médicos, advogados, comerciantes e industriais, ou seja, o que podemos definir como a elite local de fins do século XIX e início do XX.

Em um documento da Intendência Municipal do mesmo ano da fundação do Hospital, 1903, são descritos os números de eleitores da cidade, divididos pela profissão. Através dessa fonte, podemos ter uma noção de como era composta a sociedade no local.

**Tabela 2 - Número de eleitores de Santa Maria, divididos por profissão (1903)**<sup>51</sup>

PROFISSÃO:	DISTRITOS:						%	
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	Total:	Total:
Agricultores	345	192	639	192	179	183	1730	68,16
Artistas	70	7	4	33	7	--	121	4,77
Clérigos	--	--	1	--	--	--	1	0,04
Comerciantes	104	9	27	20	10	12	182	7,17
Empregados públicos	112	6	5	7	7	13	150	5,91
Industrialistas	10	--	1	8	2	5	26	1,02
Ilegível	13	--	2	1	--	1	17	0,67
Militares	27	--	1	--	--	--	28	1,10
Operários	116	--	26	--	--	--	142	5,59
Diversos	108	1	1	2	15	14	141	5,56
	Total:						2538	100%

<sup>50</sup> AHRS. Secretaria do Interior e do Exterior. Op. cit.

<sup>51</sup> Tabela elaborada a partir do documento: Mapa demonstrativo do número de eleitores, segundo a profissão, alistados em 1903. Arquivo Histórico de Santa Maria. Fundo Intendência Municipal. Tomos nº 01 a 05. Série: Correspondência recebida. 1903.

De acordo com a Constituição Federal de 1891, no seu artigo 70º, poderiam ser eleitores:

Os cidadãos maiores de 21 anos que se alistarem na forma da lei. § 1º - Não podem alistar-se eleitores para as eleições federais ou para as dos Estados: 1º) os mendigos; 2º) os analfabetos; 3º) as praças de pré, excetuados os alunos das escolas militares de ensino superior; 4º) os religiosos de ordens monásticas, companhias, congregações ou comunidades de qualquer denominação, sujeitas a voto de obediência, regra ou estatuto que importe a renúncia da liberdade Individual<sup>52</sup>.

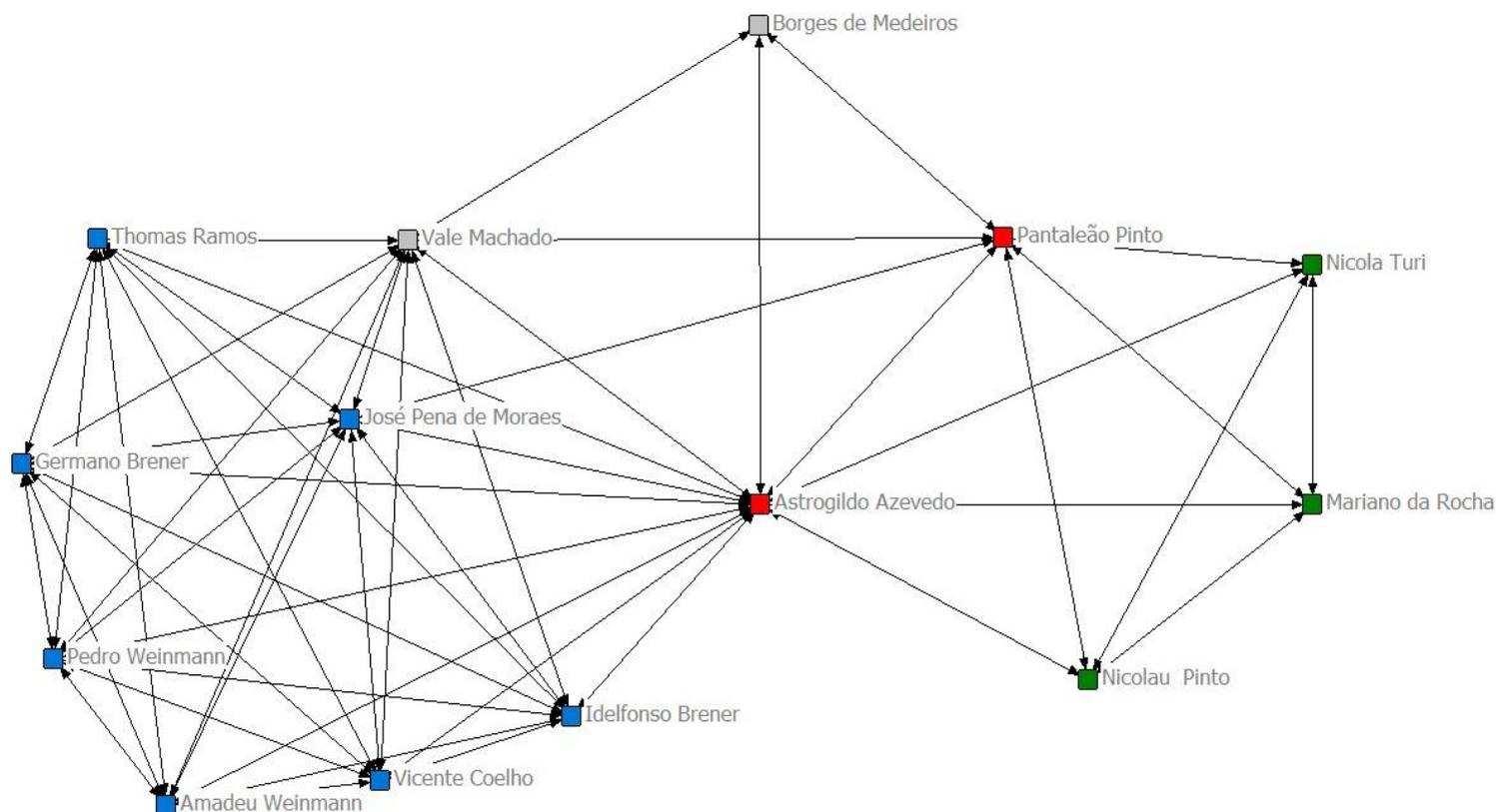
A partir da tabela 02, podemos ter uma ideia de como era composta a sociedade, cuja maioria era de agricultores (e aqui se incluem os pequenos e grandes produtores) seguida por comerciantes, empregados públicos e operários. Ainda que, de acordo com a Constituição Federal, qualquer pessoa maior de 21 anos pudesse se alistar como eleitor, o fato de excluir àqueles que não fossem alfabetizados, restringe muito a composição exposta. Cruzando com os dados sobre a análise prosopográfica da Sociedade de Caridade, com exceção dos operários, notamos que as profissões se repetem. Ou seja, percebemos que a configuração social de Santa Maria era representada por indivíduos que circulavam em conjunto em vários contextos. Como já apontamos o exemplo de que participavam concomitantemente da Sociedade de Caridade e da Intendência Municipal. Além disso, notamos que mesmo em um processo de urbanização pelo qual a cidade estava passando, ainda se tratava de um local predominantemente rural, haja vista que quase 70% das profissões dos eleitores era relacionada à agricultura.

Ainda tentando entender o dinâmica do grupo envolvido com a fundação do Hospital de Caridade, utilizamos uma outra metodologia, a *social network analysis*, a qual nos ajudou a melhor visualizar as dinâmicas desses sujeitos agindo coletivamente, conforme demonstrado pela figura 03.

---

<sup>52</sup> Constituição Federal de 1891, op. cit.

**Figura 3 - Rede de sociabilidade da Fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria**



Para esse método, partimos da definição clássica de J. C. Mitchell, o qual entende rede enquanto “conjunto específico de conexões entre um definido grupo de pessoas, com a propriedade adicional de que as características de tais conexões como um todo podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas implicadas” (MITCHELL *apud* IMIZCOZ, 2004, p. 122). Ou seja, permite-nos, através dos diagramas, materializar o campo social composto pelos indivíduos e suas relações expressas por meio das linhas e dos pontos representados na imagem. José Maria Imízcoz (2004) destaca que existem dois principais instrumentos que podem caracterizar as estruturas compostas pelas redes: sua composição e tamanho; e sua densidade, frequência e intensidade. A partir disso, é possível identificar cada um dos atores que compõe a rede e sua posição dentro dela.

Sendo assim, destacamos que para o diagrama representado pela figura 03, não utilizamos os cálculos precisos de proximidade e afastamento das linhas que representam as relações, como elaborado em outras análises de outras áreas de investigação. No entanto, não escapa ao rigor metodológico que deve ser empregado nas análises de redes sociais, não se tratando de uma imagem de caráter meramente ilustrativo.

Levando em conta esses pontos, construímos esta rede (figura 03) utilizando os dados do primeiro relatório do Hospital de Caridade de Santa Maria, do ano de 1904, o qual fazia referência ao processo que foi ultrapassado para que fosse possível fundar o hospital. Nesse documento, há os nomes dos membros da sociedade civil que participaram da Sociedade de Caridade, principal mantenedora, das autoridades públicas envolvidas e dos médicos que comporiam o corpo clínico – todos eles estão ilustrados na rede. No diagrama, os membros da Sociedade de Caridade aparecem como pontos na cor azul. Os nós, como se costuma chamar esses pontos na metodologia de *network analysis*, da cor cinza são os políticos, em verde os médicos e, por fim, os vermelhos representam os dois principais egos, ou mediadores, dessa configuração.

Sobre os dois egos, ambos faziam parte dos três grupos: membros da Sociedade de Caridade, eram médicos e também participaram ativamente da política local, com cargos na Intendência. Não por acaso, no diagrama são eles que interligam esses conjuntos. Ambos fazem parte da mesma família e do mesmo partido, inclusive ressaltamos que nessa imagem acrescentamos o governador do Estado do Rio Grande do Sul, Borges de Medeiros, a fim de demonstrar sua estreita relação com os membros da Sociedade de Caridade<sup>53</sup>, os quais já destacamos que sete eram do PRR. Por exemplo, o Intendente Municipal e vice-Presidente da Sociedade, Francisco de Abreu Vale Machado, o qual, em 1882, ajudou a fundar o PRR juntamente com Júlio de Castilhos, seu amigo pessoal.

Ressalta-se que a primeira reunião da Sociedade de Caridade aconteceu no ano de 1898 e que a inauguração do Hospital só foi concretizada em setembro de 1903. Assim, foi durante este período de cinco anos que a Sociedade trabalhou mais efetivamente, sobretudo na arrecadação de fundos, através de subvenções e donativos, para a construção do hospital. Na rede expressa pela figura 3, embora apareçam cores diferentes para distinguir os grupos, percebemos que há uma forte interação entre a maioria, afinal, em alguma medida, todos estavam agindo em conjunto para que o hospital iniciasse suas atividades. Por isso, optamos por ilustrar no diagrama todos os membros da Sociedade de Caridade e os políticos que colaboraram com as subvenções: estadual, na figura de Borges de Medeiros, e municipal através de Vale Machado.

---

<sup>53</sup> No Relatório referente a fundação do Hospital de Caridade, a Sociedade de Caridade aparece com outra denominação “Associação Protetora do Hospital de Caridade”, nome que passa a assumir a partir de 1903.

## 2.4 Subvenções e financiamentos à assistência: as delimitações entre as esferas públicas e privadas

Analisando a biografia coletiva dos membros da Sociedade de Caridade, notamos a afinidade entre eles e o PRR, afinal a maioria do grupo possuía algum tipo de relação com o partido. Além disso, também destacamos a proximidade entre o líder Júlio de Castilhos e a região central do estado, seu local de nascimento, através de uma rede de amizades, como com Vale Machado, o já citado Intendente Municipal e membro da Sociedade de Caridade. Outro ponto refere-se a tratarmos os médicos Pantaleão Pinto e Astrogildo de Azevedo enquanto mediadores entre a política local e a estadual. Desde o final da década de 1860, Pantaleão já discursava em apoio ao ideal republicano, além de possuir muitas relações com a capital do estado e várias regiões em função da importância da sua família, enquanto grandes proprietários de terras no estado<sup>54</sup>. Já Astrogildo, iniciou sua participação na política local, através de um cargo no Conselho Municipal assim que se instalou em Santa Maria, em 1890. Também possuía contatos importantes em Porto Alegre: era filho de Felicíssimo de Azevedo, primeiro intendente da capital após a instauração da República, tanto ele, quanto seu pai, eram membros do PRR.

Por outro lado, as mudanças socioeconômicas ocorridas no Brasil do final do Império e início da República, provocaram uma mudança no olhar sob a assistência à saúde e à pobreza. Desse modo, o lugar da pobreza e sobre quem recaía a responsabilidade de socorrê-la foi modificado. Nesse período, como já identificamos para o caso de Santa Maria, as cidades receberam um grande contingente populacional, com o qual não sabiam como lidar. O retrato da pobreza urbana, até então composto por vadios ociosos, viúvas e órfãos, passou a integrar negros forros, imigrantes e trabalhadores urbanos. Ao mudar o assistido e quem o assistia, modificaram-se também as motivações da assistência, a forma de se efetuar a mesma

---

<sup>54</sup> Sobre a relação entre Pantaleão e o ideal republicano, escrevemos sobre este assunto no terceiro capítulo da dissertação de mestrado, defendida em 2015. “Segundo o Panteão Médico Rio-Grandense, quando regressou da Guerra do Paraguai, o imperador, D. Pedro II, ofereceu aos combatentes um prêmio, a “Medalha da Ordem dos Cavaleiros da Rosa”. De acordo com os biógrafos do Panteão, o médico teria recusado o prêmio, alegando “não posso aceitar uma condecoração da Monarquia, porque eu sou republicano” (FRANCO; RAMOS, 1943, p. 415). Nas primeiras sessões na Câmara de Santa Maria, após a queda do Império, Pantaleão propôs a modificação do nome uma rua e uma praça da cidade. A antiga rua “Dr. João Inácio”, passou a ser chamada “Venâncio Aires” e a “Praça da Constituição”, passou a “Praça 15 de novembro”. Ambas as modificações foram projetos de Pantaleão para homenagear a República (ROSSI, 2015, p. 115). Nas páginas seguintes a citação, há mais informações sobre esse assunto.

e seu estatuto, transformando-a em uma “*questão social*”, que passa a demandar ações filantrópicas e estatais, em conjunto ou separadamente.

A necessidade do provimento da assistência em conjunto com o Estado, o qual até então somente realizava ações isoladas, em casos, principalmente, epidêmicos, marcou a delimitação das funções das esferas públicas e privadas.

Nesse sentido, passamos a analisar cada um desses grupos envolvidos, iniciando a partir da reflexão sobre o discurso do PRR de apoio a liberdade profissional e, ao mesmo tempo, o incentivo a criação de serviços de assistência pública sob a responsabilidade das autoridades municipais, pensando no quanto isso pode ter influenciado nesse processo.

O que nos leva a inferir isso são os discursos proferidos através de justificativas dos políticos e médicos de Santa Maria ao buscarem apoio financeiro na capital. Na correspondência, já citada, a Borges de Medeiros, em 1899, Astrogildo de Azevedo solicitou o auxílio de uma subvenção anual para a manutenção da instituição.

Tendo a Assembleia dos Representantes votado anualmente uma verba, que o Executivo distribui anualmente pelas instituições pias de diversos pontos do Estado, venho pedir a V. Ex<sup>a</sup> que inclua o Hospital de Caridade de Santa Maria na lista dos que recebem esta proteção do benemérito governo de nossa terra (...) É para esta obra eminentemente altruística e de incontestável utilidade pública que pedimos a V. Ex<sup>a</sup> o auxílio de cinco contos de réis, uma diminuta fração da verba que vosso patriático Governo distribui anualmente pelos estabelecimentos congêneres do Estado<sup>55</sup>.

Na carta, o médico menciona que o governo estadual já possuía uma política de distribuição de verbas para instituições pias, destacando o papel do Estado em colaborar com serviços de ‘utilidade pública’, como os hospitais para o atendimento de doentes pobres.

Em um estudo sobre o financiamento das Santas Casas de Misericórdia em Porto Alegre e Pelotas, Claudia Tomaschewski destacou que o governo provincial, durante o Império, subvencionava as Misericórdias, sendo cada ano votado o orçamento destinado para tal fim. A historiadora ainda descreveu quais instituições recebiam essa verba, sendo, no caso do Rio Grande do Sul, “os hospitais de Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas, Rio Pardo e São Gabriel, e os asilos de Santa Leopoldina, Nossa Senhora da Conceição e Sagrado Coração de Maria”. Sobre o período republicano, “passaram a ser subvencionados os asilos

---

<sup>55</sup> AHRS. Secretaria do Interior e Exterior. Documentos dos Governantes. Correspondências Recebidas, Caixa 41, maço 62, 17 de outubro de 1899.

de mendigos e alguns novos hospitais que iam sendo fundados” (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 132). Ou seja, o Hospital de Caridade de Santa Maria insere-se nesse grupo dos novos hospitais fundados durante o início da República, o qual receberia verba pública do governo estadual para o atendimento dos doentes pobres e, especificamente, para que fossem acolhidos os policiais da Brigada Militar. Conceder subvenção a um hospital não era obrigação do Estado. Durante o século XIX, os presidentes da Província não possuíam um consenso sobre quem deveria assumir as responsabilidades com a assistência: o Estado, as Misericórdias ou a iniciativa privada das elites.

Tomaschewski (2014) analisando alguns relatórios de Presidentes da Província do Rio Grande do Sul notou que havia divergências a respeito do papel que o Estado deveria assumir perante a assistência pública. Enquanto o presidente de 1846 entendia que a Província deveria continuar subvencionando a Misericórdia de Porto Alegre por considerar um ato generoso de filantropia; o presidente de 1851 defendia que era necessário recorrer a piedade dos fiéis para manter a instituição, a fim de que o governo não fosse onerado com essa obrigação.

Ao investigarmos o relatório de 1904 do Hospital de Caridade de Santa Maria, não percebemos conflitos no que diz respeito à divisão das responsabilidades com o financiamento da instituição, pelo menos no caso do seu primeiro ano de funcionamento. Há, inclusive, uma delimitação das funções e a descrição dos acordos firmados para a execução das suas atividades.

Esse relatório também pode ser interpretado como um estatuto do hospital. Por se tratar do primeiro, ele continha, em cada item, descrições das designações de toda estrutura da instituição. Contendo todo o detalhamento do prédio, dos funcionários e suas atribuições; além da determinação do público que deveria ser atendido, da descrição dos acordos firmados e dos financiamentos (subvenção estadual, municipal, donativos da sociedade em geral e da Sociedade de Caridade).

Sobre a subvenção estadual, ficou estabelecida a verba anual de 6:000\$000, em contrapartida, o Hospital assumia o compromisso de “receber em nossas enfermarias os praças da Brigada[Militar] que adoecerem, promover o sepultamento dos que falecerem no

estabelecimento e fornecer medicamentos aos doentes não hospitalizados”<sup>56</sup>. Ou seja, todo serviço de assistência aos policiais da Brigada Militar do RS deveria ser prestado pelo Hospital, sendo atendidos os praças de Santa Maria. Para o ano de 1904, dos 229 policiais atendidos (de um total de 445 atendimentos), apenas quatro não residiam em Santa Maria. Já para 1908, não encontramos nenhuma referência a outro município. Esses dados retiramos da análise do Livro de Registros de entrada de pacientes do Hospital, o qual será descrito e melhor investigado nos próximos capítulos desta tese.

No que diz respeito à subvenção municipal, desde o ano de 1900, para o qual conseguimos informações, percebemos verbas destinadas à construção do Hospital de Caridade, porém segundo o relatório do hospital de 1904, desde a fundação da Sociedade de Caridade (1898) a intendência passou a destinar recursos para a instituição. No Livro Caixa da Intendência Municipal de Santa Maria, encontramos os seguintes dados referentes a destinação de recursos para o hospital e ao auxílio a indigentes, conforme podemos visualizar na tabela 03.

**Tabela 3 - Despesas da Intendência Municipal de Santa Maria com Assistência pública<sup>57</sup>**

<b>Finalidade da subvenção:</b>	<b>1900/Valor:</b>	<b>1901/Valor:</b>	<b>1902/Valor:</b>	<b>1903/Valor:</b>	<b>1904/Valor:</b>
Socorro e Medicamentos a Indigentes	811:500	655:700	791:800	570:900	1:500\$000
Auxílio ao Hospital de Caridade	500:000	1:000\$000	---	1:700\$000	1:000\$000
<b>Total:</b>	<b>1:766\$900</b>	<b>1:655\$700</b>	<b>791:800</b>	<b>2:270\$900</b>	<b>2:500\$000</b>

Até o momento não possuímos informações precisas sobre como as verbas destinadas ao socorro e medicamentos a indigentes eram gastas na prática antes da fundação do hospital. Uma possibilidade seria pensar que eram pagas aos atendimentos que os médicos da cidade prestavam em suas clínicas particulares para os pobres. Em alguns relatórios da Intendência também há menção à transferência de doentes que foram recolhidos nas ruas da cidade para

<sup>56</sup> HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA. Relatório apresentado em sessão da Assembleia Geral da Associação Protetora do Hospital, em 7 de setembro de 1904 pelo Dr. Astrogildo de Azevedo, diretor da Associação e do Hospital. Oficinas gráficas d'A Federação, Porto Alegre, 1904, p. 14. Fundo Astrogildo de Azevedo. Casa de Memória Edmundo de Cardoso, Santa Maria/RS.

<sup>57</sup> Tabela elaborada a partir de: Livro Caixa (1900-1904). Fundo Intendência Municipal, Caixa 04, tomo nº 20. Arquivo Histórico de Santa Maria.

o Hospício São Pedro, em Porto Alegre. Essa também seria uma possibilidade de despesa dentro dessa mesma verba.

Ao olharmos para a tabela 03, notamos que na medida em que se aproxima a fundação do Hospital, as subvenções destinadas a ele aumentam, destinando-se à construção do prédio. Apenas em 1902 não aparecem no Livro Caixa despesas com o Hospital. Para os anos de 1903 e 1904 as subvenções recebidas eram para custear a assistência pública municipal, fazendo-nos pensar que embora apareçam de maneira distinta no Livro Caixa, o valor referente a socorro e medicamentos a indigentes, também poderia ser destinado ao hospital.

No mesmo relatório de 1904, já citado, há os termos que determinavam as obrigações do Hospital de Caridade ao receber a subvenção municipal. Como retribuição a verba recebida, a instituição ficaria responsável pela assistência pública no município. De modo geral, esse serviço de assistência pública com o qual o Hospital se comprometia em atender era bem semelhante ao implementado em Porto Alegre no início da República, conforme foi descrito pelo médico Luiz Nogueira Flores, no momento em que atuava como médico da higiene e assistência pública de Porto Alegre, entre 1897 e 1906<sup>58</sup>. Em resumo, tratava-se do atendimento no hospital às pessoas pobres e vítimas de acidentes ou, em caso de morte, do recolhimento e enterramento do corpo, seja em via pública ou na residência, no caso de falecimento de indigentes em domicílio<sup>59</sup>.

Além da verba, por vezes com depósitos mensais, outras vezes anuais – no Livro Caixa aparecem designações das duas formas – o governo municipal também se comprometeu em pagar um juro anual de 5% referente ao empréstimo que o Hospital contraiu com a Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fèr au Brésil. Às vésperas da inauguração, em 1901, o médico Astrogildo de Azevedo, atentou que, mesmo com as subvenções públicas e com os donativos da sociedade – trataremos disso a seguir –, ainda assim, o montante recolhido não seria suficiente para concluir os prédios do hospital. Por este motivo, recorreu ao diretor da Compagnie, responsável pela construção e gerência da

---

<sup>58</sup> Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, Coleção Oswaldo Cruz. FLORES, Luiz Nogueira. Contribuição ao estudo da Assistência Pública no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906.

<sup>59</sup> No quarto capítulo trataremos com mais atenção desse atendimento, comparando o serviço estadual ao municipal, bem como investigaremos sobre como o hospital entendia a pobreza, analisando questões que perpassam profissão, cor, idade, sexo, residência, entre outros.

ferrovia no Rio Grande do Sul entre 1898 e 1911<sup>60</sup>, o belga Gustavo Vauthier, a fim de tentar estabelecer um acordo que beneficiasse ambas as partes.

Na época a *Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil* havia criado uma Caixa de Socorro destinada a atender seus funcionários em caso de moléstia. Astrogildo de Azevedo então propôs que ao invés da ferrovia investir na Caixa de Socorro, ela investisse no hospital, o qual passaria a prestar todos os serviços de hospitalização e farmácia aos empregados da estrada. Porém, nesses termos, o diretor da ferrovia não aceitou, sendo, portanto, refeita a proposta, em termos mais voltados a um empréstimo em condições regulares, do que uma parceria, como anteriormente se propunha.

No início de 1902 foi assinado o contrato entre a diretoria da estrada de ferro e a do Hospital de Caridade, no qual foram emprestados 25 contos de réis por dez anos, com um juro anual de 5% (este que fora pago pelo município). Foi elaborada uma espécie de convênio, no qual o hospital possuía algumas obrigações, como o atendimento aos empregados da estrada de ferro no hospital, desde que não ultrapassasse o número de 20 internações simultâneas, para as quais era cobrado um valor estipulado anualmente e de comum acordo. No último capítulo desta tese analisaremos melhor o público da ferrovia e voltaremos a essa questão.

Além das subvenções estadual e municipal e do empréstimo com a *Compagnie*, um importante meio de arrecadação de fundos para a construção do Hospital foram os donativos da sociedade civil. No jornal *O'Estado* havia publicações constantes, primeiro apelando para que a população doasse ao hospital com o intuito de contribuir para a caridade e, posteriormente, divulgando o nome dos indivíduos e o valor que haviam doado.

Em abril de 1903, foi enviado, pelos dirigentes do hospital, um indivíduo aos distritos de Santa Maria, com o exclusivo fim de recolher donativos, acontecimento que foi amplamente divulgado pelo jornal *O'Estado*, com o objetivo de intimar a população a contribuir.

---

<sup>60</sup> Luiz Fernando Mello elaborou um quadro demonstrativo sobre as administrações da rede ferroviária no RS, o qual nos ajuda a entender os contextos em que foi firmado o acordo entre o Hospital de Caridade e a estrada de ferro, bem como quando, posteriormente, analisaremos as hospitalizações de empregados da ferrovia. Entre 1898 e 1911: *Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil* (sob controle Belga); entre 1911 e 1919: *Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil* (sob controle acionário da companhia norte americana *Brazil Railway Company*); entre 1920 e 1959: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; entre 1959 e 1996: Governo Federal – Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima; de 1997 até hoje: América Latina Logística S. A. MELLO. *O pensamento utópico*, op. cit., p. 105.

Os bondosos habitantes dos distritos corresponderão ao apelo feio pela diretoria do altruístico instituto, concorrendo com seus óbolos generosos para o socorro dos doentes pobres. Limitamo-nos, pelo exposto, aguardar os nomes dos benfazejos para recomenda-los a gratidão dos que vão ser amparados amanhã, sob o teto do protetor Hospital de Caridade.<sup>61</sup>

Notamos o apelo à caridade, que havíamos mencionado acima, através de esmolas para socorrer a doentes pobres. Além disso, esse ato considerado generoso seria exposto, através da publicação dos nomes dos doadores, para que a sociedade pudesse reconhecer quem eram os beneméritos que ajudaram a construir o hospital, o que poderia estimular outros indivíduos a praticarem o mesmo ato.

Outro ponto que podemos destacar do discurso apelativo do jornal O'Estado em favor do hospital, cabe a ressalva que se tratava de um periódico relacionado ao Partido Republicano Rio-Grandense, refere-se à relação entre o público e o privado no financiamento da assistência.

Uma parte mínima desse capital indispensável será, certamente, coberta mediante subvenções do governo do Estado e do Município. E a parte restante? A nossa população, de alma sempre aberta ao socorro caridoso do semelhante enfermo e sem recursos, responderá a essa pergunta, acudindo, pressurosa, com os seus óbolos para a conclusão do humanitário templo<sup>62</sup>.

Recorrendo a Robert Castel (2015), quando interpreta as delimitações das funções das esferas públicas e privadas, entende que ao Estado caberiam ações gerais e à filantropia ações específicas. Desse modo, podemos perceber que a fundação do Hospital de Caridade correspondia a essa nova ordem, que se caracterizava na relação entre o Estado e filantropia para o fornecimento da assistência à pobreza. Além disso, perpassando a análise de todos os grupos que estiveram envolvidos nesse processo – PRR, elite local, governo estadual, intendência municipal, Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil e sociedade civil – foi possível entender a união das esferas públicas e privadas no provimento da assistência à saúde durante os primeiros anos da República.

---

<sup>61</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, n° 27, Santa Maria, RS, 03 de abril de 1903.

<sup>62</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”. n° 06, Santa Maria, RS, 21 de janeiro de 1903.

### CAPÍTULO 3 – OS POBRES DA INTENDÊNCIA

A partir da discussão no capítulo anterior, em que, na sua última parte, investigamos o financiamento da assistência à saúde, notamos uma clara delimitação das funções entre as esferas públicas e privadas. Percebemos isso através da análise dos esforços para a fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria, com a união dos recursos do Estado, Município e sociedade civil. Após sua inauguração, o público que seria atendido fora determinado tendo em vista os recursos capitaneados e os órgãos responsáveis. Por exemplo, a pobreza seria atendida no hospital custeada por uma subvenção municipal e os soldados da Brigada Militar seriam recebidos a partir da subvenção estadual.

Dito isto, seguindo um objetivo maior de entender como a assistência à saúde e à pobreza era estruturada no interior do Rio Grande do Sul, esse capítulo dedica-se a entender quais outras esferas, além do Hospital que introduzimos anteriormente, estiveram envolvidas nesse processo. Dessa maneira, partindo de um conjunto de correspondências enviadas à Intendência Municipal por homens e mulheres que se autodeclaravam pobres, procuraremos analisar quais os meios utilizados pela pobreza para sua sobrevivência e como a caridade pública e privada agia nesse sentido, de amparo para que esses indivíduos não caíssem na miserabilidade. Para entender a pobreza, é necessário analisar como ela se relaciona com posição social e status, perpassando por questões de gênero, capital social, redes e estratégias. Isso faz dela algo bem mais multifacetado do que uma simples definição baseada em uma economia de recursos. Ou seja, “a pobreza era uma construção social, além da falta de recursos econômicos” (MILTON, 2007, p. XVII).

Para dar conta desta discussão, este capítulo será dividido em quatro partes. Na primeira, “Os pobres pagadores de impostos”, faremos um panorama sobre quem eram as pessoas que recorriam à Intendência Municipal de Santa Maria e a outros meios, através de correspondências, alegando serem pobres a fim de que fossem, na sua grande maioria, isentos do pagamento do imposto da Décima Urbana<sup>63</sup> ou da multa por atraso da mesma, entre esse grupo, destacam-se as mulheres. No segundo sub-capítulo, “Pobreza meritória:

---

<sup>63</sup> A cobrança da Décima Urbana teve início no Brasil a partir de 1808, com a instalação da família Real no Rio de Janeiro. Prática já comum em Portugal desde meados do século XVII, chamava-se “décima” por tratar-se de uma taxa equivalente a 10% do valor de todos os rendimentos dos súditos reais. No Brasil, D. João VI a instaurou restringindo à porcentagem sobre os imóveis situados no perímetro urbano, por isso “décima urbana”. Estavam isentos desse imposto “bens da Santa Casa de Misericórdia, prédios públicos e religiosos e os pobres” (CAVALCANTI, 2004, p. 259)

imigrantes, pobres temporários”, falaremos daqueles que só se consideravam pobres em momentos de crise, ou seja, tratava-se de uma situação de pobreza temporária, como destaque nessa situação temos os imigrantes italianos. E, por fim, em “Alienados e indigentes, miseráveis da Boca do Monte”, abordaremos as correspondências recebidas que não tratavam da décima urbana, mas de pessoas que recorriam à Intendência por encontrarem-se em situações que consideramos de miserabilidade, como os alienados e os indigentes.

### **3.1 Os pobres pagadores de impostos**

Os estudos sobre a pobreza no mundo ocidental, na grande maioria das vezes, centram-se em analisar esse grupo dentro de determinadas instituições: asilos, hospitais, prisões, hospícios, abrigos infantis, casas de roda, entre outros. Porém, quando buscamos entender os pobres das ruas, aqueles fora do âmbito institucional, o exercício é mais trabalhoso, afinal, essas pessoas não deixam registros tão fáceis de serem encontrados: não estão em listas de hospitais, nem fizeram inventários. Mesmo assim, investigar os indícios levam a resultados, às vezes, surpreendentes. Trata-se de garimpar nos arquivos qualquer informação que, por menor que seja, faça alguma menção à pobreza.

Foi nesse sentido que, inicialmente, ao buscarmos nas correspondências municipais informações sobre o Hospital de Caridade de Santa Maria, começaram a saltar aos olhos inúmeras cartas remetidas à Intendência em que os indivíduos se declaravam pobres. Ao fim, pouco ou quase nada encontramos sobre o hospital, no entanto, tínhamos em mãos fontes inéditas para entender como a população do interior do Rio Grande do Sul utilizava-se da categoria pobreza. Dessa forma, o problema que temos para desenvolver a seguir trata-se de entender quem eram esses sujeitos que se diziam pobres e quais suas estratégias, promovidas através do contato que faziam com a Intendência.

### **3.1.1. “Estado de pobreza, velhice, doença e impossibilidade de trabalhar”: quem recorria à Intendência**

Para entender as dinâmicas de organizações e normas dentro de uma sociedade, faz-se necessário, conforme alertam Giovanni Levi (2000) e Eduardo Grendi (1977), especialmente em casos de estudos regionais, analisar as redes de interdependências determinantes no funcionamento das estruturas sociais. Nesse sentido, é necessário compreender “o papel de indivíduos e grupos como sujeitos ativos e responsáveis pela utilização de estratégias e recursos como forma de organização comunitária” (VENDRAME, 2016, p. 29). Embora Levi e Grendi estivessem dedicados a entender comunidades rurais no contexto pré-industrial europeu, quando pensamos no universo da pobreza, seja ele no Antigo Regime italiano ou na Primeira República brasileira, percebemos traços comuns, no que diz respeito aos múltiplos esforços e estratégias de sobrevivência desenvolvidos pelos indivíduos, no caso abordado, os pobres.

Alguns estudos de casos elucidam essa questão. Segundo Tim Wales “todos os pobres dependiam, variando de acordo com a natureza local da economia e da sociedade, de uma série de fontes de rendimento para se sustentar – trabalho diário, caridade, apoio familiar ou da vizinhança, empréstimos e mendigagem” (WALES, 1984, pp. 351-404). Nesse sentido, Rute Pardal (2015), ao analisar as práticas de caridade e assistência em Évora, Portugal, nos séculos XVII e XVIII, identificou três tipos de dinâmicas adotadas enquanto estratégia de sobrevivência pela pobreza eborense – para além da assistência recebida em instituições formais: as práticas de endividamento; a solidariedade familiar e vicinal; e o trabalho de mulheres e crianças.

Sobre o primeiro ponto, a historiadora destaca que algumas famílias ou indivíduos contraíam dívidas de subsistência, ou seja, gastos com mercearia, peixaria, talho, alfaiate, etc. Também havia um mercado de crédito realizado através de acordos informais, baseados em confiança, sem cobranças de juros, esses mais difíceis de serem identificados nas fontes, pois não deixavam contratos registrados. O segundo ponto a que se refere relaciona-se a uma prática comum à pobreza de qualquer lugar: recorrer à família enquanto primeiro apoio em uma situação de necessidade, aqui entendida enquanto grupos domésticos co-residenciais (PARDAL, 2015, p. 262), não necessariamente com vínculos consanguíneos. Além deles, os pobres também recorriam à vizinhança, utilizando-se dos laços de afinidade.

“Transversal, tanto a espaços urbanos como rurais, a coabitação podia ser utilizada como estratégia de assistência na velhice, na doença e em caso de deficiência física” (Idem, p. 264). Dessa forma, aquelas pessoas que estavam fora dessas redes de proteção, eram aquelas que estavam mais vulneráveis e dependiam necessariamente da caridade pública.

A terceira estratégia identificada para o caso de Évora fora o trabalho das mulheres e das crianças. Às mulheres cabiam, principalmente, serviços como “criadas de servir, lavadeiras, padeiras, regateiras, pescadeiras, parteiras, enfermeiras, ama dos expostos, entre outras” (PARDAL, 2015, p. 267). Elas também se favoreciam da função que exerciam para terem acesso facilitado às esmolas, fazendo uso simultâneo ou alternado dessas estratégias. Quando estivermos analisando a profissão das mulheres pobres em Santa Maria, será possível perceber que suas funções não se distinguiam muito das práticas de Évora, séculos antes. Rute Pardal infere que “o tipo de trabalho destas crianças provenientes de agregados pobres não deveria ser substancialmente diferente do realizado em algumas instituições responsáveis por crianças” (Idem, p. 270). Analisando os enjeitados sob a responsabilidade da Misericórdia, percebe que a maioria iniciou suas atividades entre os 8 e os 10 anos. No caso dos meninos, como aprendizes de ofício, em oficinas de cordoeiros, pedreiros, seleiros, sapateiros, entre outros, enquanto as meninas eram encaminhadas ao trabalho doméstico.

Embora a análise tenha se centrado nesses três pontos, a historiadora não descartou outras estratégias adotadas pela pobreza eborense, entre elas a prostituição, a mendicidade e os crimes de subsistência. Elementos que levaram à reflexão sobre mecanismos adotados pela pobreza nos centros urbanos brasileiros, entre fins do século XIX e início do século XX.

Ainda antes de adentrarmos no contexto brasileiro, destacamos outra pesquisa que nos ajuda a pensar a respeito das estratégias adotadas pelo grupo de pobres que analisamos. Trata-se do estudo de Cynthia Milton, sobre os significados da pobreza em Quito, no Equador do século XVIII, a partir da análise do colonialismo, seus impactos sociais e práticas de assistência. A abordagem de Milton (2007) traz conclusões interessantes especialmente porque seu conjunto de fontes se assemelha ao nosso, além de ter como objeto a pobreza urbana. Utiliza-se de petições que os pobres enviavam às autoridades, nas quais autodeclaravam-se necessitados do auxílio da caridade pública, enquanto justificativa para conseguirem abono no custo de processos judiciais, logo, “o reconhecimento de pobreza

garantia status judicial ou reduzia os custos dos serviços legais<sup>64</sup>” (MILTON, 2007, p. 65). Passando por uma espécie de triagem para definir quem era merecedor ou não dessa concessão, o reconhecimento jurídico de um indivíduo enquanto pobre dava a ele segurança na manutenção do seu status social, não permitindo que ele caísse na miserabilidade.

Além da questão legal, com o objetivo de entender quem eram os pobres, qual o sentido disso dentro da sociedade e se a pobreza possuía significados distintos para uns ou para outros; Milton (2007) analisou estratégias pessoais e informais desse grupo. Investigou, no capítulo que o próprio nome já diz muito sobre seus objetivos: *Living on the Edge: survival strategies of the Urban Poor*, sobre as respostas dos moradores de Quito quando encontravam-se em situações de pobreza, voltando-se para possíveis estratégias e redes empregadas como meios de sobrevivência. Quem estava inserido em alguma rede (familiar, de vizinhança, comunitária) se auto protegia, prevenindo o declínio à penúria. Já quem estava fora das redes, utilizava-se de estratégias informais, como esmolar pelas ruas, migrar de uma cidade para outra, penhorar os poucos bens que possuísse ou praticar pequenos furtos.

Retomando o olhar ao Brasil, Maria Inez Pinto, encontrou recursos semelhantes utilizados pela pobreza. Investigando estratégias de sobrevivência e resistências, analisou a vida dos trabalhadores pobres, em São Paulo, no início da República. Ela percebeu a alta incidência da criminalidade entre os pobres devido à instabilidade profissional a que estavam expostos, obrigando-os a recorrer a recursos marginais que se tornavam suplementares a sua sobrevivência. O roubo, por exemplo, “era um fato cotidiano, rotineiro, que envolvia essencialmente o trabalhador destituído dos mínimos bens de sobrevivência” (PINTO, 1994, p. 185). Os indivíduos que recorriam às pequenas rapinagens eram desempregados, miseráveis, mas também operários e empregados domésticos, que viviam de pequenos furtos ligados à subsistência imediata, como alimentação e vestuário. A autora trata do roubo enquanto parte da cultura de resistência das classes pobres, como estratégia de sobrevivência para não cair na miserabilidade absoluta ou enquanto complementar ao salário insuficiente. Porém, mesmo no mundo que passou a ser criminalizado pela polícia, existia uma lógica de proteção entre iguais. Maior ainda seria o “crime”, se o sujeito o cometesse contra alguém que lhe considerava confiável, ou seja, romperia laços de fidelidade, que, por sua vez, também lhe conferiam proteções no caso de uma miserabilidade. A autora se refere, para

---

<sup>64</sup> Tradução livre.

exemplificar esse caso, a roubos que ocorriam entre familiares, principalmente os que compartilhavam a mesma residência.

A solidariedade e os laços de proteção são elementos importantes dentro do universo da pobreza, como já vimos para o caso de Évora e Quito, quanto para São Paulo. Nesse sentido, também em outros lugares no Brasil, a partir do final do século XIX e início do século XX, houve uma mudança significativa na maneira como se prestava assistência, como já pontuamos no primeiro capítulo desta tese, assim como já percebemos alterações no perfil dos assistidos pela caridade pública, considerando o quanto possuir ou não capital social influenciava nesse sentido. Como já referido anteriormente, o fim da escravidão marcou esse processo, transformando uma massa de ex-cativos em trabalhadores livres, sem emprego e necessitando de proteção. Além disso, também os trabalhadores viúvos, solteiros, sem famílias, na velhice, necessitaram da caridade pública por encontrarem-se fora de redes de proteção. Faziam parte do grupo que pode ser considerado parte de uma pobreza aceitável, aquela que as classes mais abastadas prestavam socorro, através de um assistencialismo imediatista e esporádico. Incluía-se nesse mesmo tipo de proteção os doentes, velhos e inválidos, além daqueles que passavam por necessidades provisórias, chamados aqui de “pobres temporários”, indivíduos que recorriam à caridade pública apenas em momentos críticos como a recessão das atividades produtivas. No item 3.2 deste capítulo iremos tratar de um grupo de agricultores, imigrantes italianos, que apelam à Intendência Municipal solicitando que sejam perdoadas as dívidas que possuem, referentes ao pagamento dos impostos do ano de 1905, porque suas lavouras foram devastadas por gafanhotos, o que gerou um grande prejuízo e os deixou em condições precárias de subsistência.

\* \* \*

Através da investigação das correspondências trocadas entre a população de Santa Maria e a Intendência Municipal, identificamos mais claramente a proximidade e as relações estabelecidas entre governo e indivíduos. Encontramos 105 ocorrências que se relacionam à prestação de assistência pela Intendência, seja através de pedidos de isenção de impostos ou de multas por pessoas que alegavam pobreza e, que por este motivo, solicitavam à benemerência da municipalidade para atenuar suas dívidas; fosse também casos de socorros

prestados, como aos alienados que eram enviados ao Hospício São Pedro, em Porto Alegre e ao Hospital de Caridade. Algumas cartas também diziam respeito a acordos que a Intendência firmava com instituições, por exemplo, doações anuais à Santa Casa de Misericórdia e à Faculdade de Medicina Porto Alegre. Aparecem também outros públicos assistidos, como os presos pobres da Casa de Correção, os indigentes transportados pela Estrada de Ferro; outros espaços de assistência como Sociedades Beneficentes da cidade e a Enfermaria Militar de Santa Maria; bem como aquela voltada para casos específicos, como o atendimento aos variolosos. A seguir, a partir da tabela 04, conseguiremos mapear o microcosmos da assistência pública em Santa Maria.

**Tabela 4 - Correspondências recebidas pela Intendência Municipal de Santa Maria relativo à assistência entre 1904 e 1909**

<b>Assunto geral:</b>	<b>Assunto específico:</b>	<b>Nº de ocorrências:</b>
Impostos:	Décima Urbana	33
	Comercial	23
	Profissional	3
	Colonial	3
	Limpeza Urbana	1
Instituições:	Hospício São Pedro (Alienados)	32
	Hospital de Caridade de Santa Maria	4
	Variolosos	3
	Sociedades Beneficentes	3
	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	2
	Casa de Correção (Presos)	3
	VFRGS	3
	Diretoria de Higiene	2
	Faculdade de Medicina de Porto Alegre	1
	Asilo de Órfãos	1
Enfermaria Militar de Santa Maria	1	
<b>Total:</b>		<b>118</b>

Fonte: AHMSM. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Caixa 5: tomos 25, 26. Caixa 7: tomo 28. Caixa 8: tomos 40, 41, 42, 44 e 49. Caixa 10: tomos 51, 52, 53 e 56.

Dividimos a tabela 04 em dois grandes assuntos, o primeiro diz respeito às correspondências que reclamavam isenções de multas e pagamentos de impostos; e o segundo relativo a instituições que se remetiam à Intendência com o objetivo de solicitar verbas, subvenções, auxílios que estavam relacionados à assistência: fossem a pobres, doentes, alienados, indigentes, presos ou órfãos. Nessas 118 cartas analisadas, há 81 menções diretas a situações que consideramos referentes à pobreza, seja no grupo dos

impostos ou das instituições: autodenominação de “pobre”, “paupérrimo”, em “estado de pobreza”, “em extrema pobreza”, “muito pobre”, “doente”, “enfermo”, “impossibilitado de trabalhar”, “indigente” ou em “estado de viuvez”.

Os casos onde mais aparecem menções à pobreza são nas correspondências relativas aos impostos e estes correspondem a 53%. No geral, elas dizem respeito a pessoas que escreviam à Intendência afirmando serem pobres para justificar a solicitação de isenção de impostos ou das multas, causadas pelo atraso do pagamento das mesmas. No quadro das instituições, também estão diretamente ligados à questão da pobreza, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, o Hospital de Caridade de Santa Maria, a VFRGS e o Asilo de Órfãos, além de 5 casos de alienados indigentes no Hospício São Pedro, os variolosos, a Diretoria de Higiene, um caso de preso pobre na Casa de Correção e uma menção relacionada à Sociedade Beneficente. Ou seja, somando os dois quadros, conseguimos mapear onde estão citados e quem está falando dos 81 casos diretos referentes à pobreza, satisfazendo 68,6% das cartas levantadas. As demais cartas abordam de maneira mais pontual relações entre a Intendência e outras instituições, bem como relatórios de higiene e relatos de surtos epidêmicos na cidade. A seguir, trataremos com mais atenção de cada grupo, a fim de identificar os diferentes discursos que permeavam estratégias da população para burlar as obrigações que possuíam com a municipalidade através da alegação da pobreza, além de entender o que esta situação, “estar pobre”, significava no cotidiano dos remetentes.

### **3.1.2. A Décima Urbana**

O primeiro conjunto de cartas que analisamos foram as relativas à Décima, imposto obrigatório sobre todos os imóveis dentro dos limites da área urbana de Santa Maria. Ele estava previsto na legislação municipal, ao qual determinava que de todo proprietário “será cobrado 10% sobre o valor locativo de todos os prédios situados dentro dos limites urbanos do município, seja qual for a sua denominação, forma, uso e material empregado na sua construção”<sup>65</sup>. Sendo assim, quando lemos que uma pessoa se considerava pobre, devemos levar em conta que esse mesmo indivíduo, embora nessa situação, possuía uma propriedade.

---

<sup>65</sup> Regulamento da Décima Urbana do ano de 1905. AHMSM. Fundo Intendência Municipal – Série: Correspondências – Tomo nº 39 – Caixa nº 07.

O que nos leva à reflexão sobre a relação entre pobreza e privação, a qual se refere Maria Antônia Lopes (2000, p. 16) quando adota o conceito de Alfredo Bruto Costa de que “a pobreza é uma situação de privação resultante de falta de recursos”. A autora considera que o pobre seria aquele que sofresse privações em pelo menos uma das necessidades básicas: alimentação, vestuário e alojamento. Ou seja, dessa maneira, não era considerado pobre aquele que possuísse uma propriedade. O contexto a qual se refere é o Antigo Regime português, porém, consideramos um elemento importante para ponderar de que tipo de pobreza estamos falando. Eram trabalhadores, proprietários de suas residências, mas que se consideravam pobres e justificam essa situação a partir de elementos que, pensando a assistência mesmo no Antigo Regime, são comuns aos dois contextos. O problema da habitação é caro a muitos estudos sobre pobreza no Brasil, Claudia Fonseca, estudando os trabalhadores pobres de Porto Alegre entre fins do século XIX e início do século XX, afirmou que “só os mais afortunados possuíam casa própria. Estes não podiam ser considerados “pobres”, pois além de não pagarem aluguel, por exíguo que fosse, também o lugar podia ser alugado para garantir uma renda em dinheiro líquido” (FONSECA, 2015, p. 518). Devemos considerar o contexto da escrita de ambas as autoras. Enquanto a tese de Maria Antônia Lopes está amplamente baseada em análises quantitativas, pois analisou um corpo documental muito vasto que a permitiu mapear estatisticamente a pobreza em Coimbra entre os séculos XVIII e XIX sob um viés mais econômico.

Já Claudia Fonseca, que tem por formação a Antropologia, analisou alguns processos e a individualidade de seus personagens, percebendo a fluidez do significado da pobreza em Porto Alegre no início do século XX, considerando que dependendo de alterações em uma situação momentânea, um indivíduo poderia ser ou não pobre. E, levando em conta as perspectivas de Fonseca e Lopes, através do diálogo com as fontes desta tese, percebemos que a propriedade não era um fator delimitador de pobreza. Outras carências, como a doença, a viuvez e os desastres naturais influíam significativamente na vida das pessoas que recorriam à Intendência alegando serem pobres.

Através da análise de alguns casos nesta pesquisa, conseguimos incluir elementos a esse debate, a fim de entender a pobreza em suas diferentes faces. Por exemplo, a auto declaração de pobreza, utilizada para abonar o não pagamento do imposto da Décima, era justificada pelos mais diversos motivos, em Santa Maria: doença na família, falta de trabalho, viuvez, tutoria de filhos menores, entre outros. Investigando nos livros dos

pagamentos das Décimas de Évora, entre os séculos XVII e XVIII e cruzando esses dados com a documentação referente aos que recorriam a esmolas do Cabido, Rute Pardal percebeu que os nomes se repetiam. Ou seja, um certo grupo que pedia esmolas eram fidalgos que recorriam ao Cabido com um discurso de “decente sustentação”. Logo, membros da aristocracia que, estavam no livro das Décimas, davam a entender que possuíam propriedades fosse no ambiente rural ou urbano, mas que, mesmo assim, pediam esmolas para manutenção do seu status social que, muitas vezes, era afetado por alguma privação, sendo elas, por exemplo, a viuvez ou a ausência do marido e a tutela de filhos menores.

Embora o discurso dos que remetiam cartas à Intendência de Santa Maria não estivesse relacionado à manutenção do seu estatuto social, mesmo que em alguns casos possamos ponderar, devemos considerar que em ambos os casos, tanto em Évora quanto em Santa Maria, estamos falando de pessoas que não estavam totalmente privadas de recursos.

Como um exemplo daqueles que recorreram à Intendência a fim de não decair em seu estatuto social, temos o caso do senhor Laurentino Paz, que se corresponde em 08 de agosto de 1905.

Proprietário de uma casa situada na rua 24 de maio, nº 51” que, não conseguindo pagar dentro do prazo a Décima Urbana, acabou sendo onerado por multa e pede a Intendência que seja isento da mesma. Sua justificativa é “em vista de estar precário e em dificuldades em seu negócio, trabalhando de jornalista<sup>66</sup>.

Lemos dessa carta que Laurentino, estando seu negócio, que entendemos ser algum tipo de comércio, passando por dificuldades, foi obrigado a trabalhar como jornalista, uma profissão menos prestigiosa e um trabalho que dependia de demanda e poderia ser em qualquer lugar. Percebemos, dessa forma, que no pedido de isenção da multa está inferida uma certa derrapagem social, pois o indivíduo que recorre ao apoio da municipalidade passava por um momento em que declina de comerciante para sobreviver de trabalhos temporários. A ajuda da Intendência significava um gasto a menos, o que contribuiria para que pudesse recuperar sua posição.

De alguma maneira, Laurentino e aqueles que recorriam à municipalidade possuíam algum capital, sobretudo, relacionado a *bridging social capital* (SZRETER, 2002), ou seja,

---

<sup>66</sup> Fonte: AHMSM. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08.

utilizavam e faziam parte de uma rede de apoio que garantia a eles recursos que sozinhos não teriam acesso. Isso permitia que eles vissem no envio de solicitações às autoridades públicas uma estratégia possível para sua sobrevivência. Esta questão nos remete ao argumento de Tim Wales (1984, p. 352) que defende a necessidade de compreender a assistência aos pobres num contexto ampliado, incluindo a diversidade das formas de subsistência que procuravam, a partir da perspectiva de um “contexto mais vasto da economia dos pobres”.

Nesse sentido, buscando ampliar o contexto da assistência para entender a economia e as estratégias da pobreza, passaremos à análise do conteúdo das correspondências. Destaca-se o expressivo número de mulheres que recorriam à Intendência solicitando isenção de multas da Décima Urbana, das 33 cartas, temos 23 remetentes mulheres, ou seja, 69,6%, representando a grande maioria das pessoas que se definiam enquanto pobres. Laurinda Abreu, tentando entender o universo da pobreza no Antigo Regime, afirmou “a doença, a infância, a velhice e a viuvez, sobretudo feminina, eram as situações que mais convocavam a generosidade das populações, na Europa Ocidental, moldadas pelos valores do cristianismo” (ABREU, 2014b, p. 202). Reduzindo a escala de análise ao sul do Brasil, na Primeira República, percebemos que os mesmos motivos impulsionavam os indivíduos a recorrer à caridade pública.

Havendo uma clara distinção de gênero no universo da pobreza estudado, podemos estacar que, do montante correspondente a 66,6% das mulheres, 13 são viúvas, 56,5% e, entre elas, 12, ou 92,3%, alegam viuvez justificada com mais algum outro motivo: “estado precário”, “estado de pobreza e falta absoluta de meios”, “pobre”, “doente”, “em extrema pobreza”. Há um caso pontual que abarca uma dupla questão feminina envolvendo pobreza.

Ernestina Krebs, viúva, residente nesta cidade, vem com a dívida vem expor a V.S. o seguinte: sendo *viúva*, vivendo com escassos recursos pecuniários, além tendo em minha *companhia uma filha solteira*, sendo proprietária de uma casa onde mora situada a Praça da República, sem outros meios por minha subsistência, em vista do que vim expor a Vossa Senhoria, venho por este meio respeitosamente pedir o favor de isentar-me do importo da décima urbana, a que está sujeita por lei. Santa Maria, 26 de novembro de 1909 (grifos nossos)<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 26 de novembro de 1909.

A situação de Ernestina é agravada porque além de ser mulher, viúva, também tem sob sua tutela uma filha solteira. São na verdade duas mulheres que necessitam do apoio do município para que não caíssem na miséria, pois além da propriedade onde residem, nada mais possuíam. Ser viúva e ser solteira são dois pontos caros para o universo da pobreza, formando um dos coletivos mais vulneráveis da sociedade. Historiadores e historiadoras dedicadas ao tema da assistência à saúde e à pobreza ou às mulheres e a gênero vem desenvolvendo pesquisas, focadas tanto no Brasil quanto em países europeus, que demonstram a situação de precariedade em que recaíam as viúvas<sup>68</sup>.

Investigando sobre o norte da Espanha, Lola Valverde Lamsfus (2012), atenta para o fato de que as mulheres caíam na pobreza com mais facilidade e mais frequência que os homens. Embora seu recorte temporal seja entre fins do século XIX e início do século XX, destaca que esse fenômeno, ao que chamou de “la feminización de la pobreza” (LAMSFUS, 2012, p. 185), ocorria mesmo no Antigo Regime, ou seja, encontram-se mais mulheres pobres do que homens fosse em sociedades campesinas ou em industriais. O período da vida dessas mulheres em que se encontram mais vulneráveis era a infância, se fossem órfãs, e a velhice, se fossem viúvas, sendo isso influenciado pelo mundo do trabalho. Mesmo na vida adulta, ainda que conseguissem algum trabalho remunerado, seus salários eram muito inferiores ao dos homens, sendo assim, se fossem solteiras, dificilmente conseguiram sobreviver com seu próprio trabalho. Além disso, o tipo de serviço que poderiam prestar era restrito às atividades domésticas, ainda menos remuneradas, visto que não possuíam nenhum tipo de formação. O trabalho a domicílio, quando eram criadas, também suscitava uma questão moral, afinal, estavam deixando suas casas, de cuidar seus filhos e seus maridos, para ir atender a outra família.

Considerando esses fatores, quando olhamos para as viúvas, no caso do interior do Rio Grande do Sul, comparando aos viúvos, por exemplo: eles não teriam maiores agravantes em suas vidas, caso suas esposas viessem a óbito, pois permaneceriam em seus empregos e/ou facilmente conseguiriam casar novamente. Já as mulheres, na viuvez, estavam desamparadas, com ofertas de trabalho muito restritas e com salários precários. Se possuíssem sob sua tutela menores ou filhas solteiras, a situação era agravada pois além de ser difícil encontrar sustento próprio, as viúvas ainda teriam que alimentar, vestir e proteger seus filhos. Logo, se voltamos ao caso acima analisado, de Ernestina, em Santa Maria,

---

<sup>68</sup> Sobre Portugal: LOPES (2000); ARAÚJO (2017). Sobre a Espanha: LAMSFUS (2012).

entendemos os fatores que levaram ela a considerar-se sem meios de subsistência, carecendo do socorro público. A resposta a sua carta por parte da Intendência “Deferido, a pecuniária é viúva e pobre”, demonstra que as autoridades entendiam essa situação como de necessidade e, assumem a responsabilidade por esse grupo, relevando suas multas e impostos.

O mesmo ocorreu com Maria da Silva, que remete um pedido de isenção das multas da Décima Urbana que ficou devendo por dois anos. “Devido ao seu *estado precário e da viuvez*, deixou de pagar, por esse motivo, o imposto da décima de sua casa sita a rua Conde de Porto Alegre, relativa ao 2º semestre de 1903 e 1904, na importância de 9:000 réis, inclusive a multa respectiva (...) Confiando no vosso espírito justiceiro, pede relevação [sic]”<sup>69</sup>. A sua carta foi respondida pelo Intendente Municipal da época, 1905, Coronel Dutra Villa, que atestou “foi relevada da multa em vista de seu estado de viúva”<sup>70</sup>. Assim, temos pelo menos dois exemplos de que a Intendência entende a viuvez da solicitante como uma condição em que era preciso intervir com algum apoio, no caso, a isenção de multas da décima. Mais adiante, veremos a mesma justificativa para isentar outra mulher de impostos comerciais.

A questão feminina também está muito presente no discurso de outra viúva, que utiliza o cunhado, Antão Schneider, para redigir a carta e remeter a Intendência de Santa Maria em 13 de dezembro de 1909.

Anna Schneider, viúva de Miguel Schneider, que tendo lhe sido apresentada uma conta dessa Intendência na importância de 51\$240 réis, vem ponderar o seguinte: que seu finado marido deixou-a em *extrema pobreza*, julgando ser viúva vem pedir-vos a suplicante dever merecer indulgência sem por isso pedir-vos uma medida de equidade (grifos nossos)<sup>71</sup>.

Anna, que provavelmente não soubesse escrever e por isso pediu o intermédio de alguém da família para ajudá-la com o pedido, apresenta-se em “extrema pobreza”. Para ela, perder seu marido, o sustento da casa, era tornar-se alguém que, a partir daquele momento, estava necessitando da indulgência das autoridades municipais. Nesse sentido, é preciso

---

<sup>69</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 40. Caixa nº 08. 20 de junho de 1905.

<sup>70</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 40. Caixa nº 08. 30 de junho de 1905.

<sup>71</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 13 de dezembro de 1909.

relativizar e adentrar melhor no universo desses indivíduos antes de afirmar que apenas por possuir uma propriedade, aquela pessoa não pudesse ser considerada pobre. A viuvez, nesse caso, era uma ameaça ao status social, pois colocava a família em uma situação de vulnerabilidade, fazendo com que a mulher não só recorresse à Intendência pedindo que seus impostos fossem perdoados, mas, além disso, alegando estar em uma situação extrema para sua sobrevivência.

Outro caso envolvendo as relações femininas, agora não mais de viuvez, foi o de Rafaela Carvani. Em 25 de julho de 1905 escreve à Intendência explicando-se que “na ausência do seu marido, João Carvani, que se acha há meses no Quaraí, vem solicitar a V.S. que seja relevada a multa em que incorre, por não ter pago no tempo a décima de sua casa, situada à rua Dr. Pantaleão”<sup>72</sup>. Na carta que transcrevemos, vemos que o atraso no pagamento da Décima Urbana ocorreu porque a suplicante estava sem recursos, dada a ausência do seu marido que há meses encontrava-se em uma cidade na fronteira com a Uruguai, Quaraí, cerca de 300km de sua residência. Temos em Santa Maria um exemplo semelhante ao que Fonseca (2015, p. 515) apontou para Porto Alegre, quando afirmou que “a incrível mobilidade geográfica dos homens, resultado da busca incessante de emprego, deixava as mulheres periodicamente em estado de abandono”.

Os casos analisados até o momento remetem situações de privações, seja pelo que a viuvez causa na vida da mulher e sua família, ou pela ausência provisória do marido e a falta financeira que isso gerava. Assim, temos privações, sobretudo econômicas, interligadas à pobreza. No entanto, há outras carências que também acabavam deixando o sujeito em situação semelhante, tais como a doença e a velhice. Foi o caso de Maria do Carmo Azambuja, a qual escreveu em 20 de dezembro de 1909, que “em estado de pobreza, velhice, doença e impossibilidade de trabalhar, vem pedir-vos que releveis a décima e multa conforme conta que lhe foi apresentada”<sup>73</sup>. Meses mais tarde, sua solicitação foi legitimada pela Tesouraria Municipal, a qual reafirmou a Intendência que “em obediência a respeitável

---

<sup>72</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 25 de julho de 1905.

<sup>73</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 20 de dezembro de 1909.

acima, tenho a informação que a peticionária não tem recursos<sup>74</sup>”. Por fim, em agosto de 1910, o Intendente deu baixa da dívida.

Outro caso interessante foi remetido pela Madre Superiora do Hospital de Caridade de Santa Maria, como intermediária de Anna Margarida Lau.

Diz Anna Margarida Lau, que sendo devedora a essa Municipalidade da quantia de 305\$000 proveniente de seu terreno, décimas urbanas de uma pequena casinha, calçamento e cordões, respectivas multas, vem alegar perante vós o seguinte: que se acha já adiantada em camas, pobre e enferma, sem meio de vida por não poder trabalhar visto seu quase estado de cegueira. Que devido a seu estado de enfermidade foi recolhida ao Hospital de Caridade, sendo removido para Porto Alegre a expensas pública afim de operar-se de uma catarata. Que nessas circunstâncias julga-se nas condições de vir pedir-vos a relevação [sic] dessa dívida, esperando da vossa justiça. Pede deferimento. Santa Maria, 14 de dezembro de 1909<sup>75</sup>.

O primeiro ponto de destaque é quem escreveu a carta, a Irmã franciscana que atuava como funcionária do Hospital de Caridade, responsável pelos doentes. Ela foi mediadora da enferma juntamente à Intendência, isso já representava uma certa legitimidade no pedido, pois foi remetido por uma autoridade, alguém que respondia por uma instituição que possuía fortes vínculos com a municipalidade, inclusive financeiros, ao subvencionar os pobres atendidos no Hospital, como já apresentamos no capítulo anterior. Essa correspondência ao mostrar a situação da mulher, pobre e doente e possivelmente já com bastante idade, considerando a catarata ser uma doença da velhice; demonstra a situação de penúria em que se encontrava Anna Margarida e o pedido a Irmã de Caridade atesta isso, como uma última alternativa para não cair na miserabilidade. Além disso, essa correspondência também demonstra, mais uma vez, a relação entre Hospital e Intendência, inclusive acrescentando outro elemento, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, para onde, aparentemente, Anna Margarida já havia sido encaminhada com recursos públicos.

Percebemos a exposição de uma rede de recursos com os quais a pobreza poderia contar, ou determinados pobres, aqueles que sabiam utilizar estratégias ao seu favor. Em caso de doença, recorriam ao Hospital de Caridade, lá seu atendimento era custeado por subvenção municipal e, caso necessitassem de uma cirurgia mais complexa, eram remetidos

---

<sup>74</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 17 de agosto de 1910.

<sup>75</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 14 de dezembro de 1909.

a Porto Alegre, com gastos também custeados. Se alegassem e justificassem pobreza também poderiam recorrer aos subsídios públicos, como Anna Margarida que, embora possuísse um terreno e uma casa, alegou ser pobre e não ter meios de vida porque não podia trabalhar, dada sua situação ser agravada pela doença. Portanto, vemos os braços da assistência pública atendendo aos pobres enfermos, em situação de viuvez ou falta de trabalho.

A doença e a privação do trabalho são pontos em comum tanto do universo feminino, quanto do masculino. Foi o caso de Manuel Pires que, por intermédio de Manuel do Carmo, enviou um pedido à Intendência.

O abaixo declarado achando-se inserido no número dos devedores ao tesouro do município, e sendo *pobre* e tendo *numerosa prole* e se achando constantemente *enfermo*, que o priva de trabalhar, se vê na triste contingência de não poder satisfazer em pronto o referido pagamento, por este motivo vem perante vós solicitar a relevação [sic] da multa que lhe foi imposta, pede que lhe seja facultado só o pagamento do imposto integral. Santa Maria, 23 de dezembro de 1909 (grifos nossos)<sup>76</sup>.

Aqui o homem também alegou questões de família, “sua numerosa prole”, como um elemento que prejudicava sua situação, pois além de encontrar-se doente, ainda possuía muitos filhos para sustentar – esse tipo de argumentação era comum de ser utilizado no Antigo Regime. Dito isto, mesmo possuindo uma residência própria, se considerava pobre, dadas as condições agravantes. A privação do trabalho aparece como algo caro aos discursos masculinos.

Embora este item esteja dedicado à análise da Décima Urbana, cabe aqui um caso do imposto comercial que também elucida outra situação acontecida com um homem, que acaba suplicando ajuda devido à doença na família. Afirmou que “deixou de efetuar o pontual pagamento[de sua fábrica de vinho], como é seu costume, devido a continuas doenças em sua família que o privou de meios para satisfazer o aludido imposto<sup>77</sup>”. Buscando pelo nome e sobrenome de “Angelo Comin”, o referido suplicante, encontramos na documentação do Hospital de Caridade, o registro de Maria Luiza Comin, moradora do mesmo distrito de Angelo, Silveira Martins, casada, internada no Hospital pouco tempo depois que esse pedido foi enviado à Intendência. Dois anos mais tarde, em 1908, a mesma mulher reaparece no

<sup>76</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 23 de dezembro de 1909

<sup>77</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 46. Caixa nº 08. Março de 1906.

Hospital, dessa vez viúva, em sua doença está descrita como “alienada” e nas observações, feitas pelos médicos, consta que seria transferida para Porto Alegre. Cruzando esses dados, podemos inferir que, possivelmente, era Maria Luiza a esposa de Angelo e que os primeiros sintomas da doença, que viria a ser diagnosticada como alienação dois anos depois, já se faziam presente conturbando a vida familiar. Outro ponto que deve ser observado é o falecimento do marido neste decurso de prazo, levantando a hipótese que o próprio Angelo também tivesse alguma doença que o levaria a óbito. Por isso, seu marido precisava dedicar ainda mais tempo aos seus cuidados, necessitando deixar de lado seu trabalho na fábrica de vinho e, sendo assim, não tinha recursos para pagar a dívida contraída pelo imposto de seu comércio.

É interessante ressaltar que na carta que Angelo envia, ao final, ele suplica “confiando na justiça e caridade de Vossa Senhoria, espera favorável deferimento”. Ou seja, há o entendimento de que acatando seu pedido, dada sua situação precária causada pela doença da esposa, estaria a Intendência praticando um ato de caridade. Fato que destacamos dando créditos a nossa hipótese de que o deferimento dos pedidos de isenção de impostos era um tipo de assistência prestada pelas autoridades municipais aos necessitados que recorriam a ela, justificada através das suplicas principalmente de pobreza, enfermidade e viuvez. Dessa forma, ao acatar essas solicitações, a caridade pública definia e selecionava seu público. Destaca-se, sobretudo, uma diferença de gênero entre os assistidos: enquanto as mulheres recorriam ao socorro público principalmente devido a viuvez; entre os homens destaca-se o motivo referente a enfermidade. A solidão, a partir da morte do marido-provedor, desampara a mulher e os filhos. A doença, empobrecia o homem, pois o privava do trabalho.

### **3.2 Pobreza meritória: imigrantes, pobres temporários**

O entendimento de “pobre meritório” (LOPES, 2000, p. 157) relaciona-se àqueles a quem se reconhece toda a legitimidade de pedir ajuda, que gozam de certa estima social, que nunca mendigaram enquanto conseguiam sustentar-se e, sempre que possível, as mulheres da sua família ficavam recolhidas em casa. São indivíduos que, momentaneamente, passam por um processo de “derrapagem social” (LOPES, 2010, p. 26) e serve para elucidarmos a interpretação sobre os imigrantes, moradores da ex-colônia Silveira Martins, que recorreram

à Intendência de Santa Maria em 1905 solicitando isenção de seus impostos devido a uma praga de gafanhotos.

Essa definição nos é cara porque significa dizer que homens e mulheres que sobreviviam sobre seu próprio sustento, devido a algum problema excepcional, precisam recorrer à benemerência pública, passam por uma situação de pobreza temporária. Lopes (2010, p. 27) ainda explica que os pobres meritórios não necessariamente eram aqueles que pertenciam a estratos sociais abastados, mas “artesãos empobrecidos que, nunca tendo tido uma situação econômica desafogada, não mendigaram enquanto conseguiam sustentar-se”. Sendo assim, “era o pobre a quem se reconhecia toda a legitimidade de pedir ajuda”. De maneira sucinta, associaremos o pobre envergonhado àquele que pontualmente tenha caído em pobreza e, por isso, pedido socorro às autoridades, sendo reconhecido como merecedor de ajuda.

Quando partimos à análise das correspondências atinentes aos impostos sobre comércios ou coloniais (referente à colônia de imigrantes italianos situada em área pertencente a Santa Maria), temos outra categoria que recorre ao socorro público. Afinal, além dos proprietários que apenas pediam isenção da Décima, agora aparecem os comerciantes, possuidores de pequenos armazéns ou fabricantes de fumo, farinha e vinho. Eles representam o centro das atividades econômicas da ex-colônia de imigrantes e também das demais áreas rurais da cidade. Logo, recorrer às autoridades públicas era legítimo e acatado por elas.

Se quando falamos da Décima Urbana percebemos um universo predominantemente feminino, nos impostos comerciais o trabalho masculino é preponderante. Unindo os tributos do comércio e colonial, conforme já apresentamos na tabela 2, temos 22 cartas, sendo 81,8% remetidas por homens, 9,1% por mulheres e mais 9,1% das cartas foram assinadas em conjunto, homens e mulheres. Embora sejam tributos referentes ao comércio, apenas duas cartas possuem endereço da área urbana de Santa Maria, as outras 20, ou 90,9%, foram remetidas dos distritos da cidade, ou seja, áreas predominantemente rurais, com ênfase no 4º distrito, Silveira Martins, conhecido como ex-colônia de imigrantes italianos.

Informações sobre imigrantes que reivindicavam juntamente à Intendência para não pagarem seus impostos não foram nenhuma excepcionalidade. Maíra Vendrame, ao estudar as primeiras décadas da imigração italiana na região central do Rio Grande do Sul, apontou

que muitos imigrantes se negavam a pagar os impostos, causando uma série de conflitos que envolviam a Colônia e a Câmara Municipal. A autora interpretou isso enquanto uma reivindicação de privilégios, por parte dos italianos, que não era concedida à população local. “O fato de serem ‘estrangeiros’ e se acharem diferentes dos nacionais, fazia com que ansiassem por vantagens e direitos, mesmo já contando com alguns benefícios” (VENDRAME, 2007, p.217).

A questão dos impostos perpassava a dificuldade dos imigrantes em reconhecer a municipalidade de Santa Maria enquanto seu centro administrativo. Através de resistências, entre elas o não pagamento das determinadas taxas, seu objetivo principal era a emancipação da colônia. Em 1889, os italianos solicitaram que fossem dispensados do pagamento do imposto predial, porém a Câmara indeferiu o pedido, alegando que não podia abrir exceção aos estrangeiros, já que os nacionais pagavam o tal imposto sem objeções (VENDRAME, 2007). No ano seguinte, como uma tentativa de acordo e também enquanto parte de política de maior integração das regiões coloniais por parte do governo republicano, foi criada uma comissão de melhoramentos materiais em Silveira Martins, sede da colônia, que executaria tarefas como uma espécie de subintendência. “A ela ficava a incumbência de prestar contas de seu governo, cumprir com suas obrigações e enviar os impostos que devia recolher” (Idem, p. 218). Ao cederem certa autonomia à colônia, ainda que essa ficasse submetida à Intendência, o objetivo era diminuir as resistências e estabelecer um ambiente mais favorável para que aqueles indivíduos trabalhassem e seguissem as ordens determinadas. Porém, em 1892, o problema do não cumprimento das leis municipais persistia, e, em sessão da Câmara Municipal, quando moradores solicitaram melhorias para a estrada geral, que ligava a sede do município à Colônia, os vereadores alegavam que “Silveira Martins encontrava-se em ‘estado anárquico’, tudo porque os contribuintes ainda se negavam a pagar os impostos”<sup>78</sup>.

Esse conflito existente entre os imigrantes italianos e a Intendência Municipal pode também ser interpretado enquanto uma estratégia de barganha de benefícios. Assim como a municipalidade necessitava daquele grupo e sua mão-de-obra para fomentar a economia local, eles utilizavam-se disso para conseguir angariar algumas vantagens. Embora no período estudado por Vendrame os casos de reivindicações do não pagamento de impostos fossem sempre negados, anos mais tarde, no período em que analisamos as correspondências, percebemos que a municipalidade atendia as solicitações dos imigrantes

---

<sup>78</sup> AGCMSM. Atas da Câmara Municipal de Santa Maria, 1889-1892, p. 211-212v.

como um meio de evitar que os colonos caíssem na miséria. Era também uma forma de proteção, de sanar um problema social que se instaurava na ex-Colônia a partir do momento em que seus moradores estavam passando por situações de penúria, por exemplo causada por um desastre natural como um ataque de insetos que prejudicou as plantações ou um período de grande estiagem, como veremos a seguir.

Dos 20 casos remetidos das áreas rurais, destacaram-se os problemas causados por uma praga de gafanhotos ocorrida em 1905, assunto principal de 7 cartas, sendo em uma delas enviado um pedido coletivo, assinado por 169 moradores da ex-colônia, o qual reproduzimos a seguir.

Os abaixo firmados, colonos residentes nesta ex-Colônia Silveira Martins, confiando no alto critério e filantropia que caracterizam o vosso Governo Municipal, vem expor por intermédio do distinto sub-Intendente deste 4º Distrito, Sr. Antonio Pimenta do Carmo, pedir-vos levar ao conhecimento do patriótico Governo do Estado o seguinte: a população dessa ex-Colônia que outrora vivia alegre e satisfeita entregue aos trabalhos deste solo abençoado, com meios de subsistência para si e suas famílias, correndo também com satisfação com a parte que lhe toca para as despesas públicas tanto nos encargos federais, estaduais e municipais. Ora inopinadamente flagelados pela *terrível praga de gafanhotos* e subsequente seca que ainda veio agravar a nossa situação aflituosíssima [sic] como bem deveis saber porque é pública e notória. É nesta aflituosíssima [sic] situação recorro a Vossa Senhoria, administração suprema do município, a quem está a cargo zelar pelos interesses públicos, pedindo dirigir-vos ao benemérito Dr. Presidente do Estado que patrioticamente está velando pelos altos interesses das populações que se acham flageladas pela tremenda crise que atravessamos, digneis-vos impetrar de sua Excelência Dr. Presidente do Estado a suspensão dos impostos territoriais no corrente ano, e bem assim [solicitar] remessa de sementes de batatas, única planta que pode ser aproveitada na estação atual, visto a dificuldade de obter ditas sementes, esperando que essas medidas sejam executadas com urgência pois muitas famílias há que talvez venham a perecer de fome. Esta população espera confiando que não olvidareis de atende-la nesta suprema e aflituosíssima [sic] situação em que se acha. Silveira Martins, 18 de fevereiro de 1906 (grifos nosso)<sup>79</sup>.

Em primeiro lugar, pontuamos o discurso utilizado pelos colonos. A carta foi redigida pelo subintendente do 4º distrito, considerado pela população local seu porta-voz, aquele capaz levar as necessidades dos agricultores até as autoridades. Ao mesmo tempo que ele

---

<sup>79</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 44. Caixa nº 08. 18 de fevereiro de 1906.

era um funcionário do município, também era a pessoa que convivia diariamente, ao executar sua função, com os colonos. Logo, ocupava o papel de mediador entre a comunidade local e a Intendência, por isso, sabia como escolher as palavras para fazer-se atender os interesses dos suplicantes. O discurso é marcado pelo destaque ao papel filantrópico do Estado, marcado pela utilidade social. Dá margem a interpretação de que compreendiam como dever de o Estado prover a população de recursos em momentos de crises, como foi o caso da praga de gafanhotos que prejudicou as plantações, seguida por uma seca, que agravou ainda mais a situação da agricultura, principal meio de sustento da região.

Outro ponto importante que interpretamos dessa correspondência, trata-se do caráter temporário de um estado de necessidade. Isso está explícito no discurso do subintendente, que destaca “a população dessa ex-Colônia que outrora vivia alegre e satisfeita entregue aos trabalhos deste solo abençoado, com meios de subsistência para si e suas famílias”. Ou seja, tratava-se de uma comunidade que possuía recursos básicos à sobrevivência retirados da terra, através da agricultura, principalmente do plantio de insumos alimentares para a subsistência, como mandioca, batata, milho, feijão. Foi apenas devido à presença de uma praga, seguida de seca e a falta de sementes de batata, que a sobrevivência daquela comunidade fora colocada em cheque.

Entendemos esse grupo como pobres temporários, necessitados de ajuda das autoridades para que sua situação não fosse ainda mais agravada. Pensando pelo viés de que já possuíam prejuízos causados pelos flagelos da seca e da praga, pagar os impostos significaria onerá-los ainda mais. Ou seja, nesse caso, a falta de trabalho ou de condições para tal, poderia gerar uma “derrapagem social” de um grupo que, devido a essa circunstância excepcional, ocupava uma situação de pobreza e por isso precisava recorrer à caridade pública para que não decaísse no seu estatuto social. Aquele grupo estava recorrendo ao seu “capital social”, que funcionava como um patrimônio simbólico, acionado para reforçar o pedido. Afinal, elaboram uma solicitação coletiva, com 169 assinaturas, que fora redigida pelo subintendente. Logo, utilizam-se de um conjunto de relações sociais dentro de um pequeno grupo de confiança para fundamentar a necessidade de serem socorridos.

A praga de gafanhotos de 1905 não prejudicou apenas aquele grupo de imigrantes que se organizaram coletivamente na ex-colônia. Foi o caso de um fabricante de farinha de mandioca, residente no 5º distrito, Arroio do Só. “Diz Gabriel Pereira da Silva que, à vista da péssima safra de farinha que se espera no próximo ano entrante; resolveu retirar da

matricula a sua atafona; por isso vem perante a vós, pedir que seja ordenada a respectiva baixa. 5º Distrito, Santa Maria, 20 de dezembro de 1905”<sup>80</sup>.

Outros cinco agricultores, sofrendo as consequências da praga de gafanhotos em suas fábricas de fumo, um a um, remeteram cartas a Intendência. Porém, todas possuem conteúdo idêntico e foi assinada pela mesma pessoa, o Subintendente local, modificando apenas o nome do requerente. Vejamos uma delas.

Diz Agostinho Basso, residente neste 4ª distrito, vem muito respeitosamente dizer-vos que sendo agricultor e fabricante de fumo acha-se lotado para o pagamento do respectivo imposto, mas como as plantações do suplicante foram totalmente destruídas pelos gafanhotos que invadiram esta Colônia, pede-vos que digneis mandar dar baixa do imposto que está lotado com a referida fábrica. *Por ser de justiça*. Pelo deferimento. Ex Colônia de Silveira Martins, 25 de dezembro de 1905 (grifo nosso).<sup>81</sup>

O mal que afligia esses agricultores de Silveira Martins era comum ao outro grupo de imigrantes: a praga de gafanhotos. Porém, chama-nos atenção o discurso utilizado pelo Subintendente ao redigir a carta: “por ser de justiça”. Não era a primeira vez que os moradores daquela região escreviam a Intendência sob a mesma alegação. Em uma das tentativas de emancipar a ex-colônia, em 1898, comerciantes e industrialistas remeteram um abaixo-assinado solicitando que o distrito fosse elevado à município, alegando “como sabeis, *é de justiça* o nosso pedido e, com a realização do qual, só tem a lucrar o município de Santa Maria, que será sempre o escoadouro dos nossos produtos agrícolas” (grifo nosso) (*apud* VENDRAME, 2007, p. 220). Recentemente já tínhamos referido a resistência dos imigrantes italianos ao pagamento de impostos e o fato de se considerarem diferentes dos nacionais, talvez através desse pensamento que eles achavam *justo* receber certos privilégios e que suas reivindicações fossem atendidas.

Naquele mesmo ano, 1905, houve outro agravante às condições dos imigrantes de Silveira Martins: uma “terrível seca”. Possivelmente, este tenha sido esse o motivo que o fez Gabriel Pereira da Silva ter uma péssima safra de mandioca, que acarretou uma diminuição drástica na produção de farinha. Afinal, a mandioca, matéria prima da farinha, necessita de chuvas com certa regularidade para o seu pleno desenvolvimento, principalmente logo após

<sup>80</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 20 de dezembro de 1905.

<sup>81</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 25 de dezembro de 1905.

o plantio. Sendo assim, sem a mandioca, a atafona, ou engenho de farinha, o agricultor sofreria os prejuízos, visto que por possuir tal comércio estava submetido ao imposto municipal. Ao mesmo tempo, esses sujeitos necessitavam da compreensão da Intendência da necessidade da suspensão temporária de suas matrículas vinculadas ao comércio, pois caso negado, teriam suas situações agravadas através da dívida, somado ao fato de naquele ano não terem de onde extrair recursos, afinal seu meio de sustento foi interrompido.

O ano de 1905 parece ter ficado marcado por diversas intercorrências que atingiram os principais produtos da ex-colônia, especialmente de mandioca, afetando a produção de farinha que, entre os imigrantes, era um bem de consumo bastante popular. Porém, a forma de vivenciar o período de carestia variou de indivíduo a indivíduo, tendo alguns tido seu cotidiano ainda mais afetado, quando outros agravantes se somam à escassez de chuvas ou à praga de insetos. Foi o caso de Luiza Neicinger, que pede para José dos Santos Abbade, talvez um vizinho, ou alguém de suas relações que soubesse escrever, redigir uma carta ao subintendente do 3º distrito, Rincão de São Pedro.

Ilmo Sr. Sub-Intendente do 3º Distrito. Diz Luiza Neicinger, residente neste distrito, que tendo uma fábrica de farinha em pequena escala, e sendo a suplicante *viúva e bastante pobre e com muita família*, e achando-se bastante desorganizada a referida fábrica que por isso já tinha sido deslotada pelo ex-sub-intendente Engracio Dias de Muniz, e como foi de novo lotada a referida fábrica, que cada vez mais abandonada só trabalhando para consumo da família, vai por isso a suplicante respeitosamente a presença de vossa senhoria para que a vos digneis deslotar [sic], cuja pequena fábrica conforme consta que as viúvas pobres são isentas desse imposto. A suplicante prova toda a reclamação acima. Nestes termos, pede a v. s. deferimento. Rincão de São Pedro, 27 de dezembro de 1905. A rogos de Luiza Neicinger, José dos Santos Abbade. (Grifos nossos)<sup>82</sup>.

Ao pedir que fosse cancelado o registro de sua fábrica de farinha, Luiza alega, além de não produzir mais para o comércio, mas apenas para o consumo próprio, que era “viúva, bastante pobre e com muita família”. Voltamos ao ponto da carência das mulheres viúvas, abordado no item anterior. O grupo familiar expresso nessa carta era sustentado pela fábrica de farinha, que era administrada, certamente, por um homem. Com o falecimento do marido, Luiza precisou assumir o sustento da casa, a proteção dos filhos e a administração da fábrica.

---

<sup>82</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 27 de dezembro de 1905.

Afirmou que, gradativamente, a fábrica foi sendo abandonada, possivelmente, por não conseguir, sozinha, dar conta de todas essas responsabilidades que, subitamente, passaram a ser suas. Sendo assim, precisou suplicar ao poder público o cancelamento da fábrica para que não ficasse mais submetida aos impostos, sendo atendida sob o entendimento de que “a requerente é viúva e pobre”, logo, estava em condições aceitáveis de merecer a caridade pública.

O elemento que perpassa todas essas cartas que analisamos até o momento é a proteção. Seja da Intendência ao atender os pedidos das viúvas; do subintendente que escreve em nome dos agricultores do seu distrito; do grupo de imigrantes que se une com em um pedido coletivo de socorro devido à praga de gafanhotos. Seja através de relações horizontais (entre indivíduos do mesmo grupo social, como os imigrantes), ou verticais (entre viúvas e Intendência), o fator da proteção está presente. Ao atender o pedido das viúvas, as autoridades municipais estavam protegendo um grupo de não cair na mendicância ou em situações extremas como a prostituição, por exemplo. Afinal, se mesmo em situação de pobreza ainda precisassem arcar com as dívidas para com o município, necessitariam recorrer a qualquer tipo de trabalho possível e a prostituição seria uma alternativa. O subintendente, ao redigir as cartas dos agricultores do seu distrito, também estava protegendo-os e garantindo a manutenção do sustento daqueles indivíduos, uma vez que a isenção do imposto desoneraria o orçamento daquele grupo. Assim como os imigrantes, que através de um pedido coletivo, mostram sua força enquanto grupo para protegerem suas famílias da pobreza.

A proteção entre iguais também se deu em outros pedidos de isenção de impostos comerciais, quando vizinhos remetem atestados em anexo às cartas para legitimar e atestar verdade nas solicitações. Como foi o caso da correspondência de Bernardino Pereira dos Santos, que em 1901 pediu a Intendência que fossem relevados seus impostos e multas devido a sua fábrica de farinha. Juntamente com seu pedido, também foi remetido um atestado que informava: “nós abaixo assinados, vizinhos do senhor Bernardino Pereira dos Santos, e pessoas que o conhecemos, atestamos e juramos, se preciso, foi que o mesmo senhor durante os anos de 1898, 1899 e 1900 o suplicante não fabricou farinha em sua fábrica<sup>83</sup>”. São indivíduos que se comprometem em nome do amigo, vizinho, assumindo em

---

<sup>83</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Requerimentos. Tomo nº 25. Caixa nº 05. 13 de outubro de 1901.

nome da honra, “juramos, se preciso”, que o que dizem é verdade. Trata-se da expressão da rede social do indivíduo solicitante, a qual se une a fim de dar mais credibilidade ao pedido.

Mais uma vez através de uma súplica coletiva, os imigrantes da ex-colônia de Silveira Martins se unem para pedir a Intendência Municipal que sejam relevados do imposto colonial a que estavam submetidos. Nas suas justificativas há vários elementos importantes de serem destacados. Começam a carta afirmando “Os abaixo assinados, de nacionalidade italiana, (...) que, por escassez de meios, os suplicantes vivem em um só lote colonial, são *extremamente pobres, carregados de família* a que não podem por isso pagar o imposto colonial a que são por lei obrigados”<sup>84</sup>. A questão da família extensa e da pobreza mais uma vez, como em outros casos, aparecem juntas, enquanto agravantes e seguidos de outros atenuantes.

(...) que outro suplicante, o de nome Attilio Soldati, há pouco teve a infelicidade de ver as chamas devastarem por completo a sua pequena casa de moradia em cujo incêndio perdeu os poucos trastes e roupas que possuía, ficando em tal estado de pobreza que foi-lhe facultado pelo dr. Subintendente do distrito recorrer a caridade pública a fim de obter os meios de subsistência para sua família. Que nestas críticas circunstâncias os suplicantes vem-se seguidamente ameaçados de prisão pelo mesmo subintendente Ten. Cel. Antonio Pimenta do Carmo, visto não poderem satisfazer o imposto a que estão obrigados. Que o estado de pobreza dos suplicantes fica exuberantemente provado com o atestado junto firmado por diversos vizinhos (...)”<sup>85</sup>.

O fragmento acima traz vários elementos que compõem os discursos de pobreza que poderíamos encontrar desde o período moderno. Por exemplo, a necessidade de apelar à caridade pública pelo estado de pobreza extrema que o incêndio deixou a família, faltando-lhes inclusive roupa. Desde a determinação das sete obras corporais da Misericórdia que “vestir os nus”<sup>86</sup>, fazia parte das obrigações dos que praticavam caridade no mundo ocidental. Também o fato de recorrer à caridade pública como um recurso para que sua família pudesse manter-se com “meios de subsistência” ou para que não fossem presos. Ou seja, mais uma vez, como já percebemos em outras cartas, a Intendência intervindo, através do deferimento do pedido, para que os suplicantes, moradores do município, não caíssem na

---

<sup>84</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 44. Caixa nº 08. 29 de dezembro de 1906.

<sup>85</sup> Idem.

<sup>86</sup> Doc. 219. [Sécs. XIV-XV]. As sete obras de misericórdia corporais num manuscrito da Biblioteca do Mosteiro de Alcobaça. Consulte-se PAIVA, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*. Vol. 2, Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas. Centro de Estudos de História Religiosa, 2002, p. 463.

miséria, mantendo-os dentro do que julgavam aceitável ao universo da pobreza. E, por fim, o atestado dos vizinhos, pessoas que compunham suas redes de proteção, de que aquilo que solicitavam era verdade, da legitimação de suas palavras através da confiança na assinatura de indivíduos que os conheciam e poderiam atestar veracidade.

Para concluir esse item em que abordamos casos pontuais de pobreza, em que indivíduos, portadores de capital social, suplicavam ajuda da caridade pública para não “derrapar” socialmente, trazemos o caso de mais uma viúva que se ocupa da sua posição para estabelecer estratégias de sobrevivência.

Por meio desde vou a vossa presença pedir a V.S. para ser dispensada de pagar o imposto de modista em vista de eu ser uma viúva pobre mãe de um filho de idade dez anos que por necessidade de mandar ensinar a ler, estou aqui na cidade e que agarro algumas costuras para minha existência e de meu filho, que estas poucas costuras que faço são de famílias que dão-me por ajudarem, por ver a necessidade que tenho e mesmo não tenho armarinho, nem manequim e por isso espero que V;S; atendendo minhas circunstâncias como acabo de contar que é justificado me dispensará do referido imposto. Pede deferimento. Santa Maria, 1º de março de 1907. Hortência Flores Machado.<sup>87</sup>

Relembrando o item anterior, quando abordamos o exemplo de um estudo sobre o norte da Espanha (LAMSUFUS, 2012), no qual a historiadora apontou as reduzidas possibilidades de trabalho para as mulheres, principalmente as viúvas e com filhos, vemos na carta de Hortência a descrição de uma estratégia possível para a sobrevivência e manutenção da sua vida e de seu filho. Primeiramente, ela diz estar em Santa Maria porque decidiu dar uma formação ao seu filho de dez anos, o que nos leva a inferir que ou ela residia no interior, onde não haviam escolas, ou em cidades menores vizinhas que também careciam nesse sentido. A decisão de investir na educação de seu filho, vislumbrava uma mobilidade social, visto que no início do século XX, em uma cidade do interior, ser alfabetizado era um elemento diferencial no mundo do trabalho. Para isto, trabalhava como costureira, mas apenas atendendo a algumas famílias que pagavam pelo serviço, mas que também poderiam estar ajudando-a por caridade. A vida de uma viúva com filho, como já vimos em outros casos, era precária. Entretanto, Hortência, possuindo um distinto conhecimento sobre as possibilidades que poderia explorar, utiliza-se de estratégias que permite-nos vê-la como um diferencial entre as outras viúvas. Embora, assim como as demais, estivesse remetendo-se à

---

<sup>87</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 48. Caixa nº 08. 1 de março de 1907.

Intendência, era porque não achava justo ser cobrada por um imposto comercial, atividade regulamentada que não praticava. Tratava-se de uma mulher que sobrevivia com trabalho esporso, para além de estar à mercê da caridade pública.

Entre as mulheres e os homens que as autoridades públicas definiam enquanto merecedores de sua caridade, encontravam-se os alienados, porém estes estavam inclusos em outra categoria e recebiam uma assistência diferenciada, o que acontecia também com os indigentes. No item a seguir, trataremos desses dois grupos.

### **3.3 Alienados e indigentes miseráveis da Boca do Monte**

No início da República, o governo brasileiro assumiu a responsabilidade pela assistência aos alienados, através do decreto 508, de 21 de junho de 1890<sup>88</sup>, no qual ficava determinado que as instituições para este fim ficariam sob responsabilidade da Diretoria de Assistência Médico-Legal de Alienados do Distrito Federal, a qual era subordinada ao Ministério dos Negócios do Interior. A partir disso, o Estado iniciou um processo de rompimento com a caridade, sobretudo com as Santas Casas de Misericórdias, que antes administravam este serviço. No Rio Grande do Sul, antes da inauguração do seu primeiro Hospício já no final do Império, o atendimento aos alienados do estado era prestado pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

De acordo com Yonissa Wadi (2002), ainda na década de 1830, o governo da Província do Rio Grande do Sul começava os seus primeiros esforços para delegar qual o seria o destino dos alienados. Em ofício de 1834, o Conselho Geral da Província perguntava ao Presidente qual a melhor alternativa, construir um “hospital de doudos” ou manda-los à Misericórdia. A resposta do Provedor da Misericórdia de Porto Alegre foi que aceitaria receber os loucos, desde que fossem pagos “800 réis a diária dos livres e 500 réis a dos escravos” (WADI, 2002, p. 44). Dessa forma, os hospitais da Santa Casa assistiam aos alienados pobres, no entanto, a partir do final dos anos 1850 começaram a insistir que um hospital específico fosse criado pelo governo. Na década seguinte, por volta de 1866, os dirigentes da Misericórdia de Porto Alegre capitanearam recursos, através de um grande

---

<sup>88</sup> Regulamento para a Assistência Médico-Legal aos Alienados, de 1903. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html> acesso em 10 de agosto de 2018.

projeto filantrópico, que culminou, em 1884, na inauguração do Hospício São Pedro. “Com a Proclamação da República, em 1889, o Hospício São Pedro deixou de ser administrado pela Provedoria da Santa Casa e passou a ser custeado pelo Governo do Estado e dirigido por médicos” (WADI, 2008, p. 46).

Dentro dessa perspectiva da responsabilização dos órgãos públicos pelo atendimento aos alienados, a partir do final do século XIX, Santa Maria assumiu o cuidado com os alienados. A Intendência dedicava uma subvenção mensal ao tratamento de seus asilados no Hospício São Pedro, em Porto Alegre. Isso dizia respeito ao que percebemos fazer parte de um contexto de ações mais efetivas das Intendências direcionadas à assistência, por meio de regulações, financiamentos e através da delimitação da responsabilidade das Câmaras com a ‘assistência pública’ (TOMASCHEWISKI, 2014, p. 139).

No caso de Santa Maria, identificamos uma gradativa ascensão do papel da Intendência na responsabilização pelos alienados da cidade. Em ofício de 1905, notamos a afirmativa de um acordo existente entre o governo do Estado e o governo municipal para tal fim.

Conforme assim estabelecido entre esta Intendência e o Governo do Estado, por pedido feito em ofício de 30 de dezembro do ano passado e pelo mesmo favorável, conforme constado em ofício de 9 de janeiro do corrente ano, fica assumido que esta municipalidade contribuirá com a quantidade de 500\$000, a título de auxílio e manutenção dos alienados (...)<sup>89</sup>

A Intendência municipal contribuía anualmente com o valor citado, o que comprovamos através do ofício mencionado na correspondência acima. No documento de 9 de janeiro, o presidente do Estado manda declarar que aceita a contribuição anual de quinhentos mil réis (500\$000), destinada ao tratamento e asilamento no Hospício São Pedro, dos alienados procedentes de Santa Maria<sup>90</sup>. De posse de outras cartas, notamos que esse acordo entrou em vigor a partir do ano de 1905. Tanto que, em correspondência do mês de julho daquele ano, remetida pelo Hospício, eles afirmaram que receberam, através de um mensageiro, a quantia acordada referente a 1905. No entanto, ainda ficavam em débito os anos anteriores, devendo a Intendência entrar em contato com o Governo do Estado para saber se deveria efetuar o pagamento ou se a dívida seria custeada pelo Estado. Em anexo a

<sup>89</sup> Fundo Intendência Municipal. Tomo 1 ao 5. Caixa 01. Correspondência Recebida. Hospício São Pedro. 24 de julho de 1905, p. 269.

<sup>90</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 09 de janeiro de 1905.

esta informação, a instituição enviou uma cobrança no valor de um conto e quinhentos mil réis, alusivo a três anos de atendimento<sup>91</sup>. Santa Maria, com o objetivo de saber se seria obrigada a pagar ou não, entrou em contato com o setor responsável em Porto Alegre, a Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior, obtendo como resposta que “o Sr. Presidente do Estado resolveu relevar sua intendência do pagamento do auxílio para tratamento e asilamento de seus alienados no Hospício S. Pedro, correspondente aos anos de 1903 e 1904”<sup>92</sup>. Em dezembro de 1905, outra correspondência chegou em Santa Maria, dessa vez notificando o recebimento de 500\$000 da contribuição anual referente ao contrato estabelecido com o Hospício<sup>93</sup>. Daquele ano em diante percebemos uma periodicidade no envio desta verba ao São Pedro, sendo outros pontos discutidos, a respeito de quem seria recebido no hospício e qual setor responsável pelo seu envio.

Essas contribuições são frutos de uma legislação que previa que a responsabilidade pela assistência aos alienados seria dos estados e estes, por sua vez, cobravam os municípios que enviassem doentes para os hospícios.

Zelinda Rosa Scotti (2013) fez um estudo sobre os imigrantes italianos que foram internados no Hospício São Pedro entre 1900 e 1925. A partir dos prontuários desses indivíduos, conseguiu quantificar os internos filtrando-os pela etnia italiana, para entender, entre outras coisas, se foram mais numerosos se comparados ao restante da população interna, dentre nativos e de outras etnias. Também analisou os diagnósticos dessas pessoas, efetuando comparações entre mulheres e homens e deles com os demais grupos. Como não é nosso objetivo neste capítulo estudar a loucura e fazer uma análise detalhada do Hospício São Pedro, a tese de Scotti ajuda a compreender um pouco esse universo e dela podemos extrair informações que colaboram para nossos propósitos nesse capítulo: a investigação da pobreza assistida pela Intendência.

Um dado importante que extraímos da pesquisa da Scotti (2013) diz respeito à trajetória dos internos até chegarem ao Hospício. O primeiro ponto que queremos pontuar é a ressalva que a autora faz para o caráter público da instituição, a qual obedecia a

---

<sup>91</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 12 e 27 de julho de 1905

<sup>92</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 8 de agosto de 1905.

<sup>93</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 29 de dezembro de 1905.

regulamentos submetidos ao Estado. Toda pessoa que fosse admitida no Hospício deveria corresponder às exigências estabelecidas no seu regulamento que, embora tenha sido elaborado pelo seu Diretor, precisou do aval do Presidente do Estado para sua implementação.

Da admissão e saída dos alienados

Art. 4.º - Ninguém poderá ser recolhido ao hospício S. Pedro [somente] em virtude de autorização do diretor, mediante requerimento de pessoa legítima, ou por efeito de requisição de autoridade competente.

§ 1.º São competentes para requisitar: o secretário do interior e exterior, o chefe de polícia e o juiz de órfãos desta capital; *as autoridades residentes nos outros municípios do Estado só poderão requisitar por intermédio do chefe de polícia*; se o alienado for militar, a requisição partirá de seu superior autorizado. Essas requisições deverão ser acompanhadas de uma guia contendo o nome, filiação, idade, sexo, residência, naturalidade, cor, profissão, bem como de pareceres médicos ou documentos de interdição, se os houver, e na falta deles, da exposição minuciosa dos fatos que motivaram a reclusão.

§ 2.º são competentes para requerer: o ascendente ou descendente; um dos cônjuges; o tutor ou curador; o chefe da corporação religiosa ou de beneficência (grifos nossos)<sup>94</sup>.

De acordo com o regulamento do Hospício São Pedro, os alienados que fossem enviados a Porto Alegre, a partir de outros municípios, deveriam ser remetidos através de uma requisição do chefe de polícia. Ainda que a entrada de pacientes pudesse ser dada a partir da solicitação de familiares, Zelinda Scotti (2013, p. 70) mostra que, entre 1900 e 1925, aproximadamente 75% dos enfermos internos no Hospício foram remetidos pela Chefatura de Polícia. Sendo assim, a partir da análise dos prontuários, a historiadora concluiu que a trajetória dos internos se dava, em suma, através da seguinte sequência: “Intendência – Chefatura de Polícia – Gabinete Médico-legal – Chefatura – Hospício São Pedro” (SCOTTI, 2013, p. 71).

Fizemos essa retomada para entender o caminho percorrido pelos alienados de Santa Maria que eram enviados ao “São Pedro”, também para que visualizássemos as tramas envolvendo diferentes grupos agindo em conjunto nessa esfera da assistência, englobando Estado, Município e indivíduos. Seguindo nessa perspectiva, analisaremos, na sequência, as correspondências trocadas entre a municipalidade, a instituição e o governo do Estado do Rio Grande do Sul.

---

<sup>94</sup> Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de “O Independente”, 1909. Pp 127-128.

Dez cartas, de um total de 32, conforme a tabela 02 abordada em item anterior deste capítulo, dizem respeito a questões operacionais do envio e manutenção dos alienados, ou seja, pedidos de pagamentos de diárias e recibos. As demais, outras 22 correspondências, dão mais detalhes sobre os internos: motivos pelos quais estão sendo enviados ao Hospício, notícias sobre o andamento do tratamento e discussões sobre a regulamentação do envio de alienados indigentes.

Entre os relatos dos motivos pelos quais os homens e mulheres eram enviados ao “São Pedro”, notamos nos discursos que há um certo apelo à contenção dessas pessoas como controle da ordem pública. Conforme também foi detectado por Scotti (2013, p. 71), “essa ligação das Intendências Municipais junto à Chefatura de Polícia poderia ter motivações que não estariam apenas ligadas à medicina, e sim à interesse de limpeza urbana”. Em uma das correspondências pesquisadas, encontramos claramente essa menção. Trata-se de um caso ocorrido em 1905, no 4º distrito de Santa Maria na época, ex-Colônia de Silveira Martins, envolvendo um caso de agressão.

Me foi apresentada a presente queixa do Sr. Christiano Bohrer, Juiz Distrital, contra Luiz Borsato, como se vê pela junta carta, espancou a mulher e membros de sua família. Aterrorizada, a vizinhança, constando que sofre das faculdades mentais, comprometeu-se por isso a vizinhança a dar a quantia para as despesas da passagem até Porto Alegre para entrar no Hospício São Pedro. Em vista do que rogo V.S. se digne ordenar-me que providências tenho a tomar. 1º de março de 1905<sup>95</sup>.

Essa carta foi remetida à Intendência Municipal pelo sub-Intendente do 4º Distrito, José Claro de Oliveira. A “junta carta” a que faz referência, diz respeito à enviada pelo Juiz Distrital, Christiano Bohrer, na qual descreve que estava remetendo o Luiz Borsato, porque não poderia mais esperar pelas providências de Santa Maria. Já que “o sujeito é completamente louco e hoje bem cedo correu com toda família dele de lá, espancando sua mulher, sogra, cunhadas, de forma que a vizinhança toda foi recorrer a pobre mulher”<sup>96</sup>. Pela lógica que deveria ser seguida para enviar alguém ao Hospício, já citada acima, primeiramente a Intendência tomaria a frente, para depois passar pela Chefatura de Polícia, Gabinete Médico-Legal e então chegaria ao São Pedro. Entretanto, devido à urgência julgada pelos próprios vizinhos, dada à perturbação da ordem do distrito em que vivia e pelos maus

<sup>95</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: correspondências. Tomo 42, caixa nº 8. 1 de março de 1905.

<sup>96</sup> Idem, anexo da carta anterior.

tratos as mulheres de sua família, o homem, considerado louco, foi remetido pelo Juiz Distrital e teve suas despesas pagas diretamente pela vizinhança.

Outro caso de encaminhamento ao hospício estimulado pela comunidade, foi o de Josephina Maria. O mesmo subintendente do 4º Distrito, em julho de 1905, remeteu outra carta ao Intendente municipal, solicitando que Josephina fosse enviada ao Hospício São Pedro devido ao risco que corriam seus vizinhos e parentes ao conviver com ela.

Levo ao conhecimento de V. S<sup>a</sup> que reside perto desta sede Josephina Maria completamente sofrida de excessos de loucura (furiosa), tornando impossível parentes e vizinhos conserva-la aqui sem correr perigo que ela cometa crime com os 4 seus filhos menores que estavam em casa cuidando dos serviços de lavoura que são continuamente ameaçados, sendo a filha mais velha, Anna, que consta 17 anos e a última de 6 anos; a referida louca é mulher de José Mariu (?) que em primeiro de dezembro findo seguiu para o Hospício em Porto Alegre e que ela também nesse espaço já sofria de loucura. Em vista do exposto, rogo a V.S<sup>a</sup> tratar com urgência as providências a fim de que a mesma tenha entrada no Hospício na Capital do Estado<sup>97</sup>.

Interessante atender duas características dessa correspondência. A primeira diz respeito à justificativa pela qual Josephina deveria ser enviada ao Hospício “sofrida de excessos de loucura (furiosa)”. Ou seja, a fúria seria provocada pela loucura. Fato que remete à construção da imagem feminina entre o final do século XIX e início do XX, que qualificava “a mulher como naturalmente frágil, bonita, sedutora, submissa, doce, etc. Aquelas que revelassem atributos opostos seriam consideradas seres antinaturais” (ENGEL, 2015, p. 332). Enquanto os argumentos da “mulher diagnosticada como doente mental concentram-se na esfera de sua natureza e, sobretudo, da sua sexualidade, o doente mental do sexo masculino é visto, essencialmente, como portador de desvios relativos aos papéis sociais atribuídos ao homem” (ENGEL, 2015, p. 333). Esses princípios calçaram os julgamentos sobre a condição feminina diante da loucura. Comportamentos que fossem desviantes, que demonstrassem essas características “antinaturais”, poderiam ser classificados como loucura, especialmente aqueles relativos à sexualidade e à afetividade. No caso que apresentamos acima, Josephina é considerada louca devido aos seus ataques de “fúria” e, por isso, colocava em risco a vida de seus filhos menores. Ou seja, sua condição natural de mulher doce, afetuosa, que deveria ter como uma das prioridades o cuidado com os filhos,

---

<sup>97</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: correspondências. Tomo 42, caixa nº 8. 16 de julho de 1905.

estava completamente ameaçada, sendo a solução mais viável seu envio para um hospício, a fim de tratar seu comportamento desviante, sua loucura.

Embora as definições que adotamos para entender o pensamento da época sobre as “mulheres loucas” fossem disseminadas entre os médicos e autoridades responsáveis, notamos que no imaginário social elas também persistiam. Afinal, percebemos a própria comunidade agindo em prol de dar soluções para aqueles que consideravam loucos. Ao analisar esses casos particulares, também identificamos que nem sempre a burocracia estatal funcionava. Muitas vezes o que prevalecia no cotidiano do interior do país eram as ações individuais ou coletivas, motivadas por um senso de justiça próprio das comunidades.

Especificamente sobre esse local onde acontecem esses casos referentes à loucura, a Ex-Colônia de Silveira Martins, tratava-se de uma comunidade de imigrantes italianos, como já destacamos. Vendrame (2016) analisando processos crimes que tinham os imigrantes como réus ou acusadores e também o cotidiano daquele lugar, destacou que haviam “práticas de justiça autônoma, paralelas à justiça oficial do Estado, que remonta ao contexto rural italiano sendo trazidas ao sul do Brasil pelos imigrantes no final do século XIX”. E ainda concluiu que “a justiça comunitária funcionava por meio de mecanismos mais complexos, com regras próprias de funcionamento” (VENDRAME, 2016, pp. 375-76). Cientes de que os casos apresentados nas correspondências acima analisadas não chegaram a configurar processos criminais, mesmo assim, consideramos pertinente pontuar essas conclusões de Vendrame, visto que se trata da mesma comunidade, no mesmo período, com práticas semelhantes. Afinal, a vizinhança ao recorrer à subintendência para denunciar um caso de loucura feminina ou ao ter a iniciativa de enviar um sujeito ao Hospício a partir de recursos próprios, estava agindo paralela as práticas regulares do Estado. Estava, segundo sua lógica, agindo a partir de regras próprias de funcionamento, pois aqueles sujeitos, considerados loucos, eram desviantes, prejudicavam a ordem na Ex-Colônia.

Assim como nos casos dos crimes que já foram estudados por Vendrame (2016), no âmbito da assistência à pobreza e aos alienados também valia a lógica comunitária. Tanto no âmbito das cartas que analisamos sobre as solicitações de isenção da décima urbana sob alegação de pobreza, quanto no envio de “loucos” para o Hospício, em ambos, são os próprios sujeitos que se julgam pobres ou seus vizinhos que determinam sua “loucura”. Existia a legislação vigente que regia as ações oficiais, porém a prática perpassava uma linha muito tênue entre o que significava ou não ser necessitado de assistência, seja a partir da

pobreza ou da alienação mental. Podemos entender essa linha a partir do pressuposto da privação, ou seja, a pobreza estaria relacionada à falta de algum recurso básico a sobrevivência: alimentação, vestuário ou habitação, conceito elaborado a partir de Maria Antônia Lopes (2000), como já abordamos no início deste capítulo. José Roberto do Amaral Lapa (2008) chama atenção para mais um ponto que caracteriza a pobreza: a mobilidade dentro deste segmento e define uma “*linha da pobreza* – que separa essa população, como há ainda uma gradação dentro desse estado de privação que permite distinguir de uma outra linha – *linha da miséria* –, o que significa dizer que é possível distinguir, dentro do universo da pobreza, o *pobre do miserável*” (LAPA, 2008, p. 29). Lapa ainda explica que o miserável poderia ser “o branco livre que se reconhece deva ser amparado pela sociedade e, naturalmente, pela legislação em vigor” (idem).

Por isso, quando iniciamos esse sub-item “Alienados e indigentes miseráveis da Boca do Monte”, os diferenciamos dos demais pobres que já havíamos discutido nos itens anteriores, aqueles que consideramos estar na “*linha da pobreza*” e definimos esses dois grupos, alienados e indigentes, enquanto miseráveis, porque necessitam do amparo da sociedade ou do Estado. Como vimos no caso dos alienados, havia leis que amparavam esse grupo, e a sociedade também entendia que possuía responsabilidades sobre eles, a fim de adotar alguma medida para colaborar com a ordem pública e garantir proteção a comunidade. A seguir, trataremos dos indigentes dentro da “*linha da miséria*”, o último grupo nessa análise da pobreza.

\* \* \*

As fontes referentes aos miseráveis, para além dos alienados, são mais escassas, precisando de um trabalho mais intenso no garimpo das informações. Definimos essa categoria como aqueles homens e mulheres que não possuíam nenhum capital social capaz de protegê-los, o que os fez reféns da caridade do Estado. Encontramos dois grupos que, não necessariamente são distintos: indivíduos que recebiam da Intendência um “atestado de indigência”, legitimando sua condição de miserável, e aqueles que viviam em estado de mendicância nas ruas.

Em alguns ofícios enviados pela Estrada de Ferro, notamos que havia um acordo entre a Intendência e a ferrovia para o amparo dos indigentes, através da concessão de passagens gratuitas. Não encontramos um regulamento desse serviço, porém, em uma das cartas ele fica implícito. Relata o escritório da ferrovia que chegou até eles uma senhora, Dorothea Fagundes, trazendo consigo um atestado de indigência fornecido pela Intendência. Devido a ela portar tal documento, lhe foi concedido o passe da passagem sem custos, porém o representante da *Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil* destaca que a mulher não obedecia aos critérios estabelecidos para a concessão de viagens gratuitas, uma vez que

Essas passagens são dadas somente a pessoas aleijadas e doentes, que vivam de mendicância na cidade e que estejam impossibilitados de procurar os meios de prover a sua substância. Rogo-vos nos atestados futuros a serem passados por essa Intendência, a observância dos preceitos acima, auxiliando dessa forma esta Diretoria na continuação de sua obra de auxílio aos *verdadeiros indigentes* (grifos nossos)<sup>98</sup>.

A partir do último termo da carta “aos verdadeiros indigentes”, podemos entender quem a Estrada de Ferro definia como merecedor do seu auxílio, quem eram os “pobres merecedores” e, neste caso, são as “pessoas aleijadas e doentes que vivam de mendicância na cidade”. Sempre que há uma organização de algum tipo de assistência, há uma definição de quem serão os merecedores, essa prática existe desde o período tardo medieval, como mencionamos no primeiro capítulo desta tese. A mendicidade, no geral, era aceita desde que quem a praticasse não tivesse condições de trabalhar (ABREU, 2014)<sup>99</sup>. A caracterização elaborada pela ferrovia para determinar quem poderia receber passagens gratuitas obedecia a esse princípio, afinal, pessoas aleijadas e doentes estariam impossibilitadas de trabalhar.

Em outra correspondência remetida pela Estrada de Ferro à Intendência, o diretor da ferrovia, Gustavo Vauthier, reclama de um atestado que foi enviado pelo intendente, Coronel Manuel Dutra Villa, quando, referindo-se a um alienado e alegando que este era muito pobre, solicita que fosse concedida uma passagem. Porém, Vauthier não atende ao pedido e justifica o porquê.

Como V.S. sabe, é de praxe nesta Estrada, dar-me passe aos INDIGENTES, desde que apresentem um atestado dessa Intendência, isto, porque, o seu transporte limita-se a dar um lugar no carro de 2º classe, sem outro encargo para a Estrada. No caso de que se trata, é diferente, a Estrada,

---

<sup>98</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 10, tomo nº 52. 10 de setembro de 1909.

<sup>99</sup> Sobre as definições de pobre merecedor, ver mais em ABREU, 2014, pp. 22-37.

para atender ao pedido, teria de pôr um carro especial à disposição desse indigente, pois os alienados não podem viajar junto com os passageiros (grifos originais da carta)<sup>100</sup>.

Mais uma vez percebemos a reafirmação do compromisso que a ferrovia possuía em disponibilizar passagens de segunda classe aos indigentes, desde que se apresentassem com um atestado da Intendência. Entretanto, no registro da carta acima, embora se tratasse de um indigente, era também um alienado e, neste caso, não poderia ser concedido o passe porque necessitava de um vagão especial, em que ficasse isolado dos demais passageiros. Na concepção da Estrada de Ferro para delegar as gratuidades, alienado e indigente eram sinônimos, embora o cuidado com ambos devesse ser diferente.

Outro grupo que intervinha entre a ferrovia e a Intendência a fim de conseguir passagens gratuitas e também atuavam na linha de frente da assistência à pobreza, eram os Clubes, Associações e Sociedades Beneficentes. Em Santa Maria, um dos mais atuantes foi o Clube Beneficente de Senhoras, fundado em 1900<sup>101</sup>, cuja diretoria era toda composta por mulheres da alta sociedade santa-mariense, entre elas Carolina Vicente, Edelmira Appel, Deolinda Hoffmeister, Maria Luiz Brenner, Lydia Villa, as quais seus maridos ocupavam os principais cargos na política e representavam as famílias mais abastadas da cidade. Em 1905, através da sua presidência, o Clube de Senhoras solicitou à Intendência uma passagem de trem para uma mulher, Maria Felisberta Gonçalves. Ela desejava se mudar para outra cidade e recorreu aos auxílios do clube, por saber que lá eram dadas esmolas e outras ajudas aos pobres. O Clube escreve ao intendente justificando o pedido da passagem informando que Maria Felisberta “acha-se extremamente pobre, necessitando, por conseguinte, do auxílio das pessoas caridosas”<sup>102</sup>.

Dois elementos podem ser destacados desse caso. O primeiro diz respeito a estratégia adotada pela pobreza, Maria Felisberta quando recorre às senhoras, sabia que lá seria atendida pelos serviços que eram prestados e era de conhecimento público, visto que encontramos inúmeros anúncios daquele Clube nos jornais de circulação semanal na cidade. Não necessariamente a mulher que solicita a passagem soube através do periódico,

---

<sup>100</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 7, tomo nº 38. 29 de novembro de 1904.

<sup>101</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Caixa 5, tomo 26. Clube Beneficente de Senhoras de Santa Maria. Convite para o 1º ano de aniversário do clube. 20 de novembro de 1901.

<sup>102</sup> Arquivo Histórico Municipal. Fundo Intendência Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 8, tomo nº 48.

entretanto, isso nos leva a pensar que essas informações circulavam e que as pessoas que se viam necessitadas de algum tipo de assistência sabiam a quem recorrer. O outro ponto de destaque é a articulação que havia entre sociedades civis, intendência e a ferrovia. Já notamos a presença constante desses três grupos, embora fosse outra sociedade beneficente envolvida, no capítulo anterior, quando falamos dos esforços para a fundação do Hospital de Caridade. E, neste caso, mais uma vez em prol da assistência à pobreza, atuaram juntos. Acontece o que José Roberto Lapa pontuou para o caso de Campinas, quando em um período em que o Estado ainda não possuía a gestão da assistência social, as iniciativas de amparo às crianças carentes, velhos e doentes eram “empreendidas sobretudo pela iniciativa privada, liderada pela Igreja e complementada muitas vezes pelo Estado, com amplo envolvimento da sociedade. (...) a assistência social se integra com a filantropia” (LAPA, 2008, p. 48).

A atuação do Clube Beneficente de Senhoras era amplamente divulgada nos jornais, como dissemos anteriormente. Era recorrente aparecer informes de que em determinado dia seriam distribuídas esmolas aos pobres e que estes deveriam se dirigir até a sede do Clube no centro da cidade, ou na residência de uma das sócias. Também eram divulgados chás e festas comemorativas para arrecadar donativos que seriam distribuídos. Em uma das publicações no jornal O Estado de 17 de junho de 1904, a secretária, que assina o informe, explica os princípios e objetivos do clube, aproveitando para fazer um apelo as sócias para tornarem suas ações mais efetivas em prol da caridade.

Essa associação tem por fim recorrer aos necessitados. A Miséria muitas vezes *tem vergonha em estender a mão a Caridade*, por isso devemos procurar os pobres. (...) Por isso a Presidente desta Sociedade deseja e pede que as dignas consocias procurem os *pobres, isto é, as pessoas que não podem trabalhar por velhice ou por doença, e que se acham, na estação invernos, sem meios de subsistência*. (...) tomem nota dos nomes e das condições em que estiverem esses indigentes (...) a fim de poder tomar as necessárias providências. Este clube faz suas esmolas secretamente, sem ostentações, e por isso todas as senhoras que tiverem o nobre sentimento da Caridade, devem aliar-se às nossas fileiras, mesmo por que a união faz a força. Para isso é necessário que todas as consocias façam a maior propaganda possível, fazendo principalmente convencer que *o melhor meio de socorrer os miseráveis é por intermédio de uma associação fundada para esse fim*, não só por outros motivos, como porque as esmolas são distribuídas com justiça e imparcialidade (grifos nossos)<sup>103</sup>.

O discurso apresentado elucida as ideias de um grupo de mulheres que prestava assistência à pobreza no interior do Rio Grande do Sul. Como em parágrafos anteriores

---

<sup>103</sup> Arquivo Histórico de Santa Maria. Jornal “O Estado”, nº 57, de 17 de julho de 1904.

pontuamos, todos que prestam assistência definem seu público, no Clube de Senhoras não foi diferente. Há um apelo para que as sócias procurem os pobres, entretanto, não é qualquer pobre, são aqueles que “*tem vergonha em estender a mão a Caridade*” e que, por isso, elas devem procura-los. Definindo-os enquanto os verdadeiros pobres, sendo os que estão impossibilitados de trabalhar em fundação de avançada idade ou doença, ou, ainda, aqueles que pelo rigor do inverno não encontram meios para sobreviver.

Mais uma vez o merecimento à assistência está relacionado à vergonha da exposição e à falta de possibilidade de trabalho, igualmente no caso de velhice e doença já definido também pela ferrovia, e desta vez acrescido do fator climático. O inverno no sul do Brasil é bastante rigoroso, atingindo temperaturas negativas. Isso impede que nos meses em que o frio é mais intenso, junho e julho (exatamente período em que foi publicado o anúncio) as oportunidades de trabalho sejam mais escassas, sobretudo no campo. Por exemplo, é uma época em que não se planta e nem se colhe milho, um dos alimentos de maior produção na região (como já vimos no primeiro item desse capítulo) diminuindo, por isso, os serviços de pessoas que trabalhavam por jornada nas lavouras. Essa falta de trabalho no campo também poderia ocasionar uma migração temporária para a cidade. Esses dois fatores contribuiriam para o aumento do número de jornaleiros desempregados e, conseqüentemente, o crescimento da pobreza, mesmo que temporária, gerando uma demanda por cuidados.

Robert Castel (2015, p. 191) destacou que no meio rural haviam “massas de miseráveis operários agrícolas”, definido por ele como os “domésticos agrícolas em tempo integral, seja intermitentes ou sazonais”. Era o “trabalhador [que] deve então alugar-se por tarefa e sofrer os acasos das estações, das colheitas, da boa vontade do proprietário que o emprega, quando o aluguel de sua pessoa é a condição de sua sobrevivência” (CASTEL, *idem*). Ou seja, o exemplo dos trabalhadores oriundos de áreas rurais em Santa Maria, relaciona-se a esses “miseráveis operários agrícolas” a que se refere Castel.

Um estudo sobre os populares em Santa Maria entre 1885 e 1915, de Daniela Vallandro de Carvalho, apontou que “muitas das pessoas que se deslocavam do meio rural para a cidade transformavam-se em jornaleiros. (...) Esta profissão é muito presente em nossas fontes e de maneira muito significativa demonstra como atividades rurais e urbanas combinavam-se, sendo exercidas alternadamente” (CARVALHO, 2005, pp. 73-4). O Clube de Senhoras deveria perceber essas carências e, por isso, acrescia ao seu rol de pobres merecedores os “sem meios de subsistência” ocasionados pela “estação invernososa”, os quais

acreditamos estarem se referindo aos jornaleiros. Nos próximos capítulos, ainda abordaremos com mais ênfase o caso dos jornaleiros, pois eles representaram um grupo muito expressivo que era atendido no Hospital de Caridade.

Em síntese, no primeiro capítulo falamos da construção do Hospital de Caridade, neste discutimos a respeito das outras formas de assistência à pobreza que eram prestadas no interior do Rio Grande do Sul. Entendendo a pobreza enquanto uma questão social, percebemos que a assistência prestada pela caridade pública, através da Intendência, não foi uma ação isolada. Pelo contrário, associava-se a caridade privada, através da ferrovia, do Clube de Senhoras e do Hospital. A atuação conjunta entre iniciativas privadas e Estado coexistiram no início da República. Principalmente, no que diz respeito a resolver as questões sociais que emergiram a partir do crescimento das cidades, e socorrer aos pobres era uma delas.

Como vimos, a Intendência agia no amparo aos pobres e miseráveis, fosse através da concessão da isenção da Décima Urbana aos que se declaravam pobres; ou através de acordos com a Estrada de Ferro; ou, ainda, por meio do apoio das entidades beneficentes. Nos pareceu haver uma linha de atuação bem clara e bem delimitada entre os envolvidos, por exemplo, na definição de quem seriam os merecedores da assistência. A partir da inauguração do Hospital, surgiu mais um recurso nessa rede de amparos, através de uma assistência mais direcionada e institucionalizada, que analisaremos no capítulo seguinte.

Ao terminarmos de ler as páginas desse capítulo, conseguimos entender uma parcela dessa população assistida pelas iniciativas públicas e privadas no interior do Rio Grande do Sul. Homens e mulheres que estavam escrevendo cartas às autoridades, pedindo isenção de impostos; que se deslocavam até a Intendência para solicitar um atestado de indigência para poder andar de graça nos trens da ferrovia; ou ainda aqueles que batiam à porta das sociedades beneficentes para receber esmolas ou ganha-las nas ruas onde perambulavam; e, por fim, também aqueles que iam até o Hospital de Caridade buscar amparo contra as suas mazelas. A assistência, prestada pela caridade pública (Intendência) e privada (Hospital, Clube de Senhoras, por exemplo) evitava que os pobres se tornassem miseráveis. Esse era o sentido da caridade e da filantropia moderna e foi com esse pensamento que interpretamos as narrativas da pobreza neste capítulo, entendendo os pobres através de seus próprios discursos e percebendo as respostas que eram dadas através da caridade pública e privada.

No próximo capítulo, seguindo esta perspectiva, adentraremos no Hospital, junto com outras centenas de pobres, trabalhadores da ferrovia, homens da Brigada Militar, mulheres donas de casa, dentre outros, com o objetivo de entendermos como e por que esses indivíduos utilizavam mais essa estratégia de sobrevivência ao pedir socorro à assistência prestada pelo Hospital de Caridade.

## **CAPÍTULO 4 - SOCORRER A POBREZA: A ASSISTÊNCIA PÚBLICA EM SUAS DIFERENTES ESFERAS**

Seguindo a perspectiva de compreender quem eram os pobres e como eram assistidos no interior do Rio Grande do Sul, após analisarmos as estratégias da pobreza em recorrer à Intendência Municipal, neste capítulo investigaremos esse grupo dentro do Hospital de Caridade de Santa Maria.

Optamos pelo recorte temporal entre 1903 e 1913 por se tratar do primeiro livro de registros de entrada de pacientes. Neste período, dos 5223 registros, 2727 foram classificados como pobres, correspondendo a 52,2% do público atendido, sendo que os outros 47,8% se subdividiam entre Brigada Militar, Col. Philippson, Exército, Guarda Municipal, Militares, Particular e Viação Férrea. Ou seja, os demais sete grupos correspondiam a menos da metade do público que, majoritariamente, se concentrava nos pobres.

Retomando um ponto que abordamos no segundo capítulo desta tese, o qual discorreremos sobre as subvenções que mantinham o funcionamento do Hospital de Caridade, destaca-se o financiamento municipal repassado mensalmente. Esse auxílio consistia em subsídio para internação, serviços de farmácia e ambulatório aos pobres que recorressem àquela instituição. Dessa maneira, o grupo analisado neste capítulo refere-se aos indivíduos subvencionados pela Intendência Municipal e que, por esse motivo, eram classificados como pobres no livro de registro de entrada de pacientes do Hospital.

Brevemente, antes de adentrarmos na análise desse grupo específico, traremos um panorama da assistência pública no Rio Grande do Sul e em Santa Maria. Posteriormente, mencionaremos o público atendido pelo Hospital de Caridade para, enfim, investigarmos a pobreza: quem eram esses homens e mulheres que recorriam a uma instituição buscando socorro e alegando serem pobres; qual seu perfil, cor, sexo, idade, origem, residência, profissão; quais doenças os acometiam, entre outras questões que nos ajudam a compreender melhor esta maioria atendida na instituição de saúde.

#### 4.1 Assistência Pública na Primeira República

Como já vimos nos capítulos anteriores, a organização da assistência à saúde e à pobreza no Brasil perpassou pelas Santas Casas de Misericórdia, desde o período colonial e, gradativamente, foi dividindo espaços com hospitais de caridade, irmandades leigas e, chegando a República, com auxílios prestados pelos estados e pelas intendências. Entre fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, grupos compostos por intelectuais, políticos, entidades civis e religiosas mobilizaram seus recursos em torno do cuidado com o amparo aos pobres. Período de construção da nação brasileira, um dos seus elementos modernizantes foi a filantropia, que surgia como uma via de proposições sociais para amenizar a pobreza e a doença. Foi o momento quando as ações assistenciais foram reorganizadas, através das delimitações público-privadas, definindo-se o papel do Estado no que dizia respeito ao cuidado com os desvalidos.

Dois elementos que já abordamos nos capítulos anteriores se entrecruzam nesse contexto. A delimitação das responsabilidades sobre a assistência e o federalismo brasileiro. As iniciativas voltadas para prevenção da pobreza eram fragmentadas e não havia no país uma organização que fosse capaz de centralizar e padronizar as ações direcionadas a esse público. Dessa forma, os pobres estavam relegados a iniciativas coletivas ou individuais pontuais, como distribuição de esmolas, alimentos e vestuários. Ou seja, práticas caritativas que remontam ao medievo. As instituições, como as Santas Casas e demais irmandades, também agiam no sentido de socorrer estes desvalidos, mas havia uma delimitação do tipo de ajuda prestada e para quem, como já vimos no decorrer desta tese.

Entre o último quartel do século XIX e o primeiro do século XX, as discussões sobre controle social baseadas no contexto abolicionista e no crescimento do operariado urbano influenciou políticas sanitárias. Ações na tentativa de higienizar os espaços, conter o perigo do contágio causado pelas aglomerações e relacionadas ao processo de modernização da nação, como já pontuamos no primeiro capítulo. Assim, as classes pobres foram associadas às classes perigosas, como denominou Chalhoub (2017) ao investigar essa conjuntura no Rio de Janeiro, foco das reformas sanitárias dos primeiros anos da República. As ideias médico-higienistas, direcionadas ao saneamento dos corpos e dos espaços, influíram nessas mudanças e também incutiram na sociedade civil o apoio às instituições de assistência como uma forma de colaboração às reformas. Afinal, o imaginário em torno do perigo social esteve

associado à ameaça da pobreza, ao passo que representava o perigo do contágio no seu sentido literal, devido às condições de suas habitações, trabalho e hábitos.

Nesse sentido, as responsabilidades que durante boa parte do período colonial e imperial centraram-se nas irmandades, gradativamente, foram reforçadas pela ação dos filantropos. Ou seja, indivíduos que investiam capital social e financeiro na abertura de instituições e na propagação de discursos em defesa da população indigente. Assumindo, dessa forma, a filantropia um caráter de utilidade social, enquanto os filantropos ficaram conhecidos como reformadores sociais, cujos esforços estavam direcionados aos trabalhadores pobres e ao operariado. Essa concepção afetou a relação entre os beneméritos e o Estado, sendo necessário rediscutir o papel de cada um na assistência à saúde e à pobreza no Brasil (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Os primeiros anos do século XX ficaram marcados pela publicação de textos de intelectuais que refletiam a reorganização da assistência, baseados na concepção de que a degradação da vida dos pobres era a causa dos problemas de saúde pública que enfrentavam. Ao mesmo tempo, a implantação do modelo republicano trouxe consigo o regime federalista, que concedia maior liberdade de ação aos estados e municípios, enquanto ao Estado, assim como nos períodos anteriores, caberia agir apenas em momentos de calamidade pública. Foi pensando na demanda pelo rearranjo da assistência e na falta de uma política governamental fornecedora de subsídios a isso, que alguns intelectuais se dedicaram a propor alternativas.

Em 1902, o médico Fernandes Figueira (que na década de 1920 seria o responsável pela organização da assistência à infância na capital federal<sup>104</sup>) publicou na Revista *Brazil Médico* o boletim semanal intitulado “Reforma dos hospitais”. No seu artigo, destaca algumas fragilidades nas instituições do Rio de Janeiro, como a falta de abrigo e de isolamento adequado aos tuberculosos, a carência no atendimento materno-infantil e a situação dos hospitais. Em contrapartida, propõe a criação de uma maternidade e o amparo à infância. Destaca a importância da pesquisa clínica e microscópica e, por fim, indica a necessidade de reforma nos hospitais da cidade, especialmente a Santa Casa de Misericórdia (FIGUEIRA, 1902, pp. 311-312).

---

<sup>104</sup> Sobre a biografia de Fernandes Figueira, ver: SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira: ciência e infância – Rio de Janeiro, 1900-1928. *Intellèctus*, Ano XIII, n. 2, 2014.

Já em 1907, Moncorvo Filho<sup>105</sup>, médico atuante na capital federal, publicou o folheto “Assistência Pública no Rio de Janeiro e particularmente a Assistência à infância”, cuja pesquisa foi apresentada no IV Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, em Milão, em 1906. Nessa publicação, também discute sobre a reorganização da assistência no Brasil, especialmente no que dizia respeito ao papel das instituições públicas e filantrópicas e na definição dos níveis de responsabilidades de cada uma, propondo que o âmbito municipal ficasse encarregado da organização da assistência, enquanto a União se incumbiria da criação das leis e direcionamento dos serviços públicos ou privados. Efetivamente sugere que seja criado um órgão central, o Conselho Superior de Assistência Pública, submetido ao Ministério do Interior, e o Serviço de Assistência Pública, divisão independente em que se concentraria o orçamento para atuar no socorro domiciliar e em instituições como hospícios, dispensários, policlínicas e hospitais. Na capital federal, onde seria a sede da Assistência Pública, em cada bairro seriam instalados postos médico-cirúrgicos voltados para o atendimento de emergência e dos acidentes da via pública, bem como seriam organizadas as listas de indigentes e os atendimentos a domicílio (SANGLARD, 2008b; FREIRE; LEONY, 2011).

Fernandes Figueira, Moncorvo Filho e outros nomes como Luiz Barbosa, Ataulpho de Paiva e Garfield de Almeida faziam parte desse grupo de médicos e filantropos reformadores sociais que mencionamos anteriormente. Foram eles os responsáveis, junto a outros pensadores da época, pela organização do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (CNAPP), em 1908, o qual ocorreu dentre as atividades da Exposição Nacional em alusão ao centenário da Abertura dos Portos, em 1808, constituindo o primeiro congresso científico a tratar do tema da assistência. Estavam atentos à situação da assistência no país e, com base em experiências internacionais, como o Congresso de Milão, por exemplo, traziam ao Brasil ideias que entendiam serem as soluções para a falta de socorro à pobreza e à infância. Identificavam o papel de destaque ocupado pela filantropia nesse sentido, ao mesmo tempo que percebiam seus limites, apontando para ampliação das responsabilidades estatais. Porém, esbarravam no regime liberal e federalista, que limitava os poderes centrais, em benefício da autonomia dos estados. Esse será um elemento que, como veremos, limitará

---

<sup>105</sup> Sobre a trajetória do médico Moncorvo Filho associada as práticas de assistência, sobretudo a saúde infantil na primeira metade do século XX, ver: FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.199-225.

a implantação de políticas nacionais de assistência. Entretanto, ainda que não oficialmente, perceberemos o quanto algumas ações nesse sentido foram bem semelhantes em diferentes contextos brasileiros.

Voltar as atenções políticas para o tema da assistência pública e privada fazia parte do contexto de discussões da que giravam em torno da *questão social*, já mencionada várias vezes nessa tese. Ou seja, da preocupação com a pobreza urbana, no caso brasileiro vinculada à pós-abolição e ao crescimento da classe operária. O CNAPP de 1908, abriu a discussão dessa temática no campo científico, com médicos e filantropos refletindo a respeito dos serviços prestados e da definição de quem seriam os merecedores dos socorros oferecidos. O Congresso foi composto por quatro sessões: Assistência médica; Assistência pública em geral; Assistência à infância; Assistência externa (SANGLARD, 2008b). A seguir, trataremos de alguns discursos que indicam os encaminhamentos propostos a partir dele.

Na fala do presidente do Congresso, Rocha Faria, destacam-se os diversos exemplos referentes à caridade praticada pela beneficência privada, os quais merecem, na sua opinião, amplo apoio do Estado. Entretanto, o presidente do Congresso aponta para os limites dessas ações, as quais considera “um bem limitado, individualista, [que] não vai além do sentimento afetivo de quem o pratica ou concede (...) sem nenhuma ligação com o dever da assistência oficial, administrativa” (FARIA, 1908, p. 366). Segue destacando a relevância desse tipo de prática, mas termina afirmando que “urge organizar a assistência pública, dar execução a esse dever social, atender-lhes as múltiplas exigências de socorro e amparo, sem carecer recorrer à iniciativa particular, aliás preciosa, mas oscilante e desigual por vezes” (idem). É interessante pontuar desse discurso os indícios dados por Rocha Faria sobre sua compreensão do que são atribuições do Estado: a assistência pública, embora não desconsiderando o papel colaborativo das entidades privadas. Indica no sentido de transferir ao poder público responsabilidades que estavam sob o cuidado da filantropia, considerando isso um *dever social* da União.

O jurista Ataulpho de Paiva discursou em sentido semelhante, sugerindo a criação do Ofício Central de Assistência, o qual seria organizado pelo poder central e congregaria os interesses das instituições públicas e privadas, preservando a autonomia de cada uma. Porém, a partir dele, o poder público gerenciaria as ações praticadas nesses âmbitos. Outro a se manifestar no sentido de propor reformas, foi o médico Garfield de Almeida que, criticando os serviços médicos oferecidos pela capital federal, sugeria a construção de um hospital

público como única solução para o atraso em que se encontravam os serviços de assistência no Rio de Janeiro.

Já Fernandes Figueira, em seu relatório, apontou às questões da infância e da maternidade, destacando a necessidade de adotar medidas que reduzissem os altos índices de mortalidade infantil da época. Sugere a organização, por intermédio dos poderes públicos, de um corpo de inspetores médicos cuja função seria fiscalizar as lactantes; a obrigação das instituições de assistência à infância de aceitar como fundamental a amamentação até os seis meses de idade; a extinção das “rodas”, substituindo-as por “registros livres”; obrigação das maternidades de receberem as gestantes um mês antes do parto e as conservarem até três semanas depois dele; sugere a fundação do maior número possível de “consultório de lactantes” nas cidades e aldeias; e, por fim, a fiscalização do leite destinado às crianças (FIGUEIRA, 1908, p. 415).

Com base nesses relatos, as conclusões do CNAPP centraram-se na assistência hospitalar e de urgência. Referente à assistência materno-infantil, as discussões servirão de base para a organização da assistência à infância na década de 1920<sup>106</sup>. Sobre a questão hospitalar, os congressistas indicaram a necessidade imediata da construção de um hospital pela prefeitura do Rio de Janeiro, questão que perdurou pelas décadas seguintes reforçando a ideia de construir hospitais públicos na capital federal. Sobre o atendimento de urgência, concluiu-se que seria de competência dos municípios (cuja população fosse numerosa ou que se tratasse de uma cidade industrializada), a criação e manutenção de serviços de urgências, apontando o Posto Central de Assistência do Rio de Janeiro como padrão a ser replicado. Com ênfase nesse ponto, partimos para discussão da assistência no Rio Grande do Sul e, particularmente, em Santa Maria.

#### **4.1.1. Assistência Pública no Rio Grande do Sul**

Em 1906 foi publicado o livreto “Estudo da Assistência Pública no Rio Grande do Sul”, pelo médico professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e membro da Academia Nacional de Medicina, Luiz Nogueira Flores. A obra foi dividida em três

---

<sup>106</sup> Mais detalhes sobre a organização da assistência à infância na década de 1920 ver em Sanglard; Gil, 2014.

capítulos: I. Ligeira notícia histórica quanto ao estrangeiro; II. Breve notícia histórica quanto ao Brasil; III. Notícia quanto ao Rio Grande do Sul.

Flores (1906) inicia tratando da assistência pública na Europa, remontando a França do século XIX, com a criação da Diretoria de Assistência e Higiene Pública e suas ações. Destaca os serviços médicos gratuitos, que compreendiam os socorros domiciliares e em hospitais civis, cuja responsabilidade de fiscalização e vigilância cabia ao prefeito municipal. Posteriormente, direcionando o olhar à assistência municipal, dá outros exemplos em países como Alemanha, Inglaterra, Suécia, Portugal, Noruega, Bélgica, Espanha, Grécia, Itália, Turquia e Argentina. A este último país dedica 6 páginas de um capítulo que totaliza 15, apontando o destaque que gostaria de dar à lei do Serviço de Assistência Pública de Buenos Aires, sancionada em 1892. É interessante a ênfase neste caso, porque outros médicos também se dedicarão a pensar o modelo argentino como algo a ser seguido, como foi o caso de Luiz Barbosa, congressista de 1908, que no mesmo ano propôs que a assistência pública na capital federal fosse inspirada em Buenos Aires. Porém, Luiz Flores sugeriria isso dois anos antes das discussões do CNAPP.

Flores transcreveu vários artigos da lei argentina, a qual seria executada pela Intendência Municipal e consistiria de assistência domiciliária, hospitalar, em consultórios centrais e aos alienados. Na sessão “fim e organização”, a legislação aponta para o socorro aos indigentes, delimitando que seriam atendidos somente os que fossem impossibilitados fisicamente de prover suas necessidades e que comprovassem residência no município (FLORES, 1906, p. 18). Significativo esses pontos por se tratarem de pré-requisitos para ser um “pobre merecedor” que também encontramos em relatos de outros contextos a partir do século XVIII. Ser digno de assistência implicaria em não ser um andarilho e não possuir meios para trabalhar. Refere-se à noção de filantropia direcionada à utilidade social. Para o caso de Santa Maria, esses dois pontos são reforçados pelas autoridades, ao definirem seu público assistido.

Após descrever mais alguns países, Luiz Flores finaliza o primeiro capítulo falando da saúde dos operários, referindo-se que em vários contextos os trabalhadores contribuem para uma caixa de socorro que garante a eles o socorro médico de urgência, indenizações em caso de acidentes e também asseguram o direito ao enterro. A questão do cuidado específico com os trabalhadores será abordada posteriormente, após identificarmos um número

expressivo de internações no Hospital de Caridade de Santa Maria em função de más condições de trabalho.

No segundo capítulo, Luiz Flores se dedica a descrever a situação no Rio de Janeiro. Transcreve uma mensagem do prefeito Pereira Passos, em 1904, o qual aponta para os serviços oferecidos pelo município: assistência médica prestada pelos comissários de higiene; subvenção a instituições voltadas para o atendimento da pobreza, como o Asylo São Francisco de Assis e o Dispensário São Vicente de Paula e o transporte de doentes, loucos, feridos e cadáveres através do serviço de Assistência Policial. Finaliza ressaltando que falta à capital federal um serviço completo de Assistência, porém evidencia a importância da Santa Casa de Misericórdia através de seus atendimentos em diversas especialidades (cirurgia, obstetrícia, oftalmologia, pediatria, etc.), bem como no recolhimento de alienados e no tratamento de tuberculosos.

No último capítulo, o maior deles, Flores finalmente se dedica ao objetivo de seu livro, tratar da assistência pública no Rio Grande do Sul. Embora descreva brevemente as instituições assistenciais no estado, o foco do capítulo está na assistência pública prestada pelo município de Porto Alegre.

Em 1898, Luiz Flores foi nomeado médico de higiene e assistência pública, sendo designado a organizar e instalar o serviço de socorro médico de urgência na capital, devido aos recorrentes casos de acidentes nas vias e tentativas de suicídio (FLORES, 1906, p. 36). Assim, no terceiro capítulo do seu livro, descreve os objetivos da assistência pública municipal, relata os tipos de serviços prestados, dados estatísticos de atendimentos entre 1896 e 1905, material e pessoal utilizados; além de apresentar os modelos de guias que deveriam ser preenchidas pelos médicos do serviço quando fossem solicitar socorro aos recolhidos nos postos de assistência para o hospital da Misericórdia, em Porto Alegre.

Sobre os fins da organização da Assistência Municipal, Flores descreve:

- a) Socorrer as pessoas pobres, vítimas de acidentes ou moléstias súbitas em domicílio; b) atender a qualquer vítima de acidente na via pública, em fábricas, oficinas, teatros, hospedarias, botequins, logradouros públicos e em embarcações ancoradas no porto; c) examinar os enfermos e expedir guias para hospital aos mesmos doentes ou feridos quanto a hospitalização lhes for indicada; d) dar consultas nos Postos da assistência e proceder a vacinação e revacinação contra a varíola; e) fazer assistência domiciliária; f) verificar nos domicílios os óbitos das pessoas pobres; g) verificar no necrotério municipal óbitos de indigentes; h) providenciar para a inumação dos cadáveres de indigentes; i) notificar à Higiene em casos de guias para

o hospital e óbitos, sempre que nos domicílios dos doentes e dos falecidos se notarem más condições higiênicas; j) notificar à Higiene os casos de guias para o hospital e de assistência em domicílio ou em consultório por moléstias transmissíveis (FLORES, 1906, pp. 36-37).

A Higiene mencionada na citação trata-se do Serviço de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul, o qual era responsável por todas as questões relativas aos serviços sanitários: prevenção e combate às moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis; saneamento dos espaços; inspeção sanitária de escolas, fábricas, hospitais, prisões; organização, direção e distribuição dos socorros de assistência pública em casos de moléstias contagiosas; fiscalização do exercício da medicina; polícia sanitária; serviço de vacinação do Estado; fiscalização dos serviços destinados à alimentação pública e fabricação de bebidas alcoólicas e organização estatística demógrafo-sanitária<sup>107</sup>.

Comparando os dois serviços, da Assistência e da Higiene, notamos que o primeiro, embora funcionasse como um órgão independente, estava submetido ao segundo. O serviço sanitário destinava-se à fiscalização de atividades mais gerais, preocupando-se sobretudo com os espaços e instituições públicas. Atuava no socorro da população somente em casos específicos de doenças contagiosas ou epidêmicas, nesses casos, intervindo, inclusive, no serviço de Assistência Pública. Este, por sua vez, era designado para o cuidado mais direcionado ao dia-dia, como os acidentes nas vias públicas, recolhimento cadáveres, socorro às pessoas pobres que estivessem enfermas e seu encaminhamento ao hospital.

Investigando a documentação específica da Assistência Pública, no Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Velhinho, nota-se uma vasta gama de fontes que descrevem todos os serviços prestados através dos relatórios anuais, mapas estatísticos e outro livro publicado pelo médico Luiz Flores “Ligeira notícia sobre a Assistência Pública em Porto Alegre, de 1905, que também traz um resumo das práticas realizadas. Como não é objetivo desse capítulo discutir essa instituição, mas demonstrar e abrir possibilidades de análises sobre os serviços públicos que tratavam da assistência no Rio Grande do Sul, nos deteremos em indicar os dados dos relatórios, a fim de identificarmos a movimentação das ações praticadas em Porto Alegre nesse período. Trata-se de uma tabela onde consta a estatística do serviço geral de Assistência Pública desde a sua criação, em maio de 1898, até

---

<sup>107</sup> AHRs. Decreto nº 44 de 2 de abril de 1895. Da regulamentação para o serviço de higiene. Fundo Arquivo Particular Júlio de Castilhos. Série 1 Assuntos de Estado, Subsérie 1 Documentos Recebidos, Caixa 1, maço 1, documento 17.

junho de 1909 (ver anexo 03). Num total de 21362 ocorrências durante 11 anos, as cinco mais recorrentes foram: os recolhimentos à residências, seguido pelos acidentes em vias públicas, consultas nos postos, socorridos e recolhidos ao hospital por moléstia comum e verificações de óbitos nos necrotérios. Com relação ao tipo de público atendido: 60,2% eram homens, 23,8% mulheres e 16% crianças, sendo 90% nacionais e 10% estrangeiros.<sup>108</sup>

A Assistência contava com ambulâncias, uma equipe composta de enfermeiro; um auxiliar; um enfermeiro-mor, ocupando também o cargo de almoxarife; um escriturário, dois cocheiros e dois ajudantes de cocheiro. Com exceção do escriturário, que era uma espécie de secretário, dos cocheiros e seus ajudantes, todos os demais ocupavam cargos na polícia e deveriam passar por um curso de capacitação antes de ingressar no serviço. Criou-se uma escola prática para instruir os enfermeiros nos primeiros socorros, enquanto não comparecesse o médico, que agia somente em casos de envenenamento, asfixia, moléstia súbita, ferimentos e queimaduras (FLORES, 1905, p. 12). Isso demonstra a responsabilidade policial pelo recolhimento dos enfermos e cadáveres pelas vias públicas da cidade, cuja função principal era a manutenção da ordem, fosse através da fiscalização do cumprimento das leis ou na proteção da população, incluindo-se proteger contra moléstias e manter a salubridade das cidades. Assim, percebemos a relação intrínseca entre Serviço de Higiene Estadual, Assistência Pública Municipal e Polícia, os quais atuavam em conjunto na resolução de questões direcionadas ao pronto socorro envolvendo a saúde da população, a indigência e a pobreza urbana e o estado sanitário das cidades.

Em um relatório de prestação de contas do estado sanitário da capital Porto Alegre encontramos um elo entre as práticas da assistência pública na capital e no interior, especificamente em Santa Maria. Discorrendo sobre os serviços de higiene municipal entre 1901 e 1902, consta a nomeação do médico Nicolau Becker Pinto como auxiliar atuante conjuntamente com o doutor Luiz Nogueira Flores<sup>109</sup>. No livro do doutor Flores também há menção da colaboração de Becker Pinto nos serviços de Assistência Pública de Porto Alegre (FLORES, 1906, p. 40).

Retomando um ponto levantado no segundo capítulo desta tese, a respeito da fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria em 1903, relembremos que Nicolau

---

<sup>108</sup> AHPAMV. Documento: Assistência Pública Municipal. Estatística do serviço geral de 11 anos. 1898-1909. Fundo Assistência Pública. Código 7.1.1 a 7.1.4. Período 1892 até 1941.

<sup>109</sup> Hemeroteca Digital. Jornal “A Federação”. 22/10/1902, nº 246, ano XIX, pp. 1-2.

Becker Pinto fez parte da Associação Protetora do Hospital, atuando também como prático daquela instituição durante todo o período que analisamos (1903-1913).

Os fios dessa trajetória se conectam na análise da assistência em Santa Maria no momento em que percebemos, nos relatórios do Hospital, que o mesmo ficaria responsável pelo serviço de Assistência Pública da cidade e este, por sua vez, apresentava características muito semelhantes ao sistema já existente em Porto Alegre. Embora no interior não fosse um serviço independente e ficasse a cargo do Hospital de Caridade, suas funções correspondiam às mesmas já praticadas na capital. Assim, trabalhamos com a hipótese de que as ideias implementadas em Santa Maria foram importadas através da experiência do médico Becker Pinto, afinal, ele havia trabalhado por dois anos na Assistência Pública, exatamente nos anos anteriores à fundação do Hospital de Caridade.

Nicolau Becker Pinto, em 1902, fez parte da Assistência Pública de Porto Alegre juntamente com Luiz Nogueira Flores. Se remetermos à rede social que apresentamos no segundo capítulo desta tese, acrescentando a ela o doutor Flores e pensando nas relações de Becker Pinto, mais uma vez conseguimos visualizar o quanto as ideias a respeito da saúde e da assistência no Rio Grande do Sul estavam articuladas entre o interior e a capital. Trabalhávamos com a hipótese de que o serviço de assistência pública que foi implementado pelo Hospital de Caridade de Santa Maria baseava-se no modelo de Porto Alegre. Entretanto, na documentação isso não estava explícito. Tendo em vista como foram organizados os serviços na capital, com base na documentação da Assistência Pública (1898-1909) e observando ao que se propunha o mesmo serviço em Santa Maria, notamos inúmeras semelhanças, como se estivesse colocado em prática um modelo pré-determinado.

Dessa forma, identificamos a importância das redes sociais para colocar em prática as ações de saúde e assistência no interior do Rio Grande do Sul. Como percebemos em estudo anterior, (ROSSI, 2015), a institucionalização da medicina em Santa Maria foi estruturada a partir do investimento de uma família abastada da região no diploma de médico. A partir do retorno de Pantaleão José Pinto (1841-1906) à cidade após concluir a faculdade no Rio de Janeiro, formou-se, gradualmente, uma rede de médicos. Em um primeiro momento, na década de 1870, formada por amigos e compadres de Pantaleão e, posteriormente, a partir dos anos 1890, agregada a seu genro e filho. Foi essa família de médicos, os quais eram, respectivamente, Astrogildo de Azevedo e Nicolau Becker Pinto, que, unindo forças com políticos locais e da capital, fundaram o Hospital de Caridade de

Santa Maria. Assim, mais uma vez o entrelaçamento das redes familiares, sociais e profissionais se fizeram presentes, a Becker Pinto coube trazer para o seu hospital, com todo apoio de seu cunhado e colega, Astrogildo, as diretrizes do serviço de Assistência Pública de Porto Alegre.

A identificação da presença de Becker Pinto trabalhando em conjunto com Luiz Flores no momento em que este estava delineando esse serviço, permite inferir que o atendimento no interior seguiu na mesma perspectiva de Porto Alegre, sendo as ideias disseminadas a partir dessa rede composta pelos mesmos médicos que agiam articulando as regiões. Assim, embora não houvesse uma política regulamentada sobre como deveriam ser implantados os atendimentos voltados à assistência pública, através dessas redes de sociabilidades, conseguimos visualizar a articulação desses indivíduos atuando em conjunto, objetivando, de alguma maneira, colocar em prática ações que correspondiam a um padrão.

No primeiro relatório do Hospital de Caridade, o qual já citamos nos demais capítulos, em que regulamenta todas as atividades que seriam realizadas a partir da sua fundação, há um item específico sobre a Assistência Pública, no qual são descritos os serviços que seriam prestados.

Em retribuição dos auxílios que recebe do município, o Hospital tomou a si todo o serviço de assistência pública. Assim é que nos casos de ferimentos e outros acidentes de rua, a polícia limita-se a transmitir pelo telefone o competente aviso e o Hospital faz transportar o ferido em padiola, presta-lhe os socorros de que carece, recolhe-o em suas enfermarias e, por fim, dá-lhe alta curados, se a moléstia se termina bem, ou faz-lhe o enterro se a terminação é fatal. Se o acidente ocasiona morte imediata do paciente, o cadáver é recolhido ao necrotério por um processo semelhante, autopsiado, se é caso disso, e, por fim, sepultado sem maior incomodo nem despesa para o Município ou para o Estado. O Hospital encarrega-se também, gratuitamente, do enterro dos indigentes que morrem em domicílio (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p. 15).

A Assistência Pública era custeada pela Intendência Municipal a partir da subvenção mensal que dispndia ao Hospital, cujo fim era o financiamento dos atendimentos a pobres e indigentes. Ao atentarmos às finalidades desse serviço praticado em Santa Maria, notamos as semelhanças com Porto Alegre, no que dizia respeito aos acidentes em via pública e ao recolhimento às enfermarias do hospital sob a intervenção da Polícia. Também com relação aos serviços de necrotério e enterramento, por não possuir outra instituição responsável por

isso na cidade, ficou o hospital dedicado exclusivamente a tal fim. O jornal de circulação local, “O Estado”, de 13 de setembro de 1904, noticiava uma ação prevista nos termos da assistência pública. “(...) nos subúrbios da cidade, o indivíduo Martiniano de Campos, após ligeira troca de palavras com Pedro Gonçalves, desferiu neste uma facada que atingiu-lhe o ventre (...). Pedro Gonçalves foi transportado ao Hospital de Caridade, onde lhe foram prestados os necessários socorros”<sup>110</sup>. A notícia segue informando que o “criminoso” foi preso em flagrante pela polícia. A partir disso, identificamos uma prática que o serviço de assistência pública realizava: recolher alguém com ferimentos ou acidentes em via pública e encaminhar ao hospital. Pedro Gonçalves aparece nos registros do HCSM no mesmo dia 13 de setembro, hospitalizado como “pobre”, de profissão “trabalhador”, com 18 anos, cor parda, solteiro, residente em Santa Maria, sob o diagnóstico de “lesões”<sup>111</sup>, confirmando que muito provavelmente se trata da mesma pessoa descrita pelo jornal.

No relatório da Intendência de 1917, encontramos descrito o serviço de Assistência Pública nos mesmos termos da capital, indicando, inclusive que ele atuava em conjunto com o departamento de Higiene. Os casos atendidos foram classificados entre acidentes (nas vias públicas, em domicílios, em oficinas e fábricas e em restaurantes), consultas e sepultamentos. De um total de 784 casos registrados para 1917, 87,5% concentraram-se em consultas; no geral, 75% eram homens, 21% mulheres e 4% crianças<sup>112</sup>.

Em outra documentação, também referente a 1917<sup>113</sup>, quando o Intendente era Astrogildo de Azevedo, diretor do Hospital de Caridade, localizamos o termo de compromisso do responsável pelo serviço de Higiene e Assistência Pública de Santa Maria, assumindo o posto Nicolau Becker Pinto. Ou seja, temos na Intendência de Astrogildo a consolidação do projeto de Assistência Pública inicialmente implementado no Hospital e, mais uma vez, a presença de Becker Pinto demonstra isso. Inclusive, sabendo que ele foi o responsável por esse setor naquele ano, compreendemos melhor as tantas semelhanças com o serviço prestado em Porto Alegre, com o qual este médico colaborou.

---

<sup>110</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, nº 74. 13/09/1904.

<sup>111</sup> HCSM, 13/09/1904. Livro 01, p. 8

<sup>112</sup> CMEC. Fundo Astrogildo de Azevedo. Relatório apresentado pelo Intendente Dr. Astrogildo de Azevedo ao Conselho Municipal em sessão de 10 de novembro de 1917, p. 36.

<sup>113</sup> AHMSM. Fundo Junta Intendencial. Caixa 01. Livro 08. Documento 159. 20 de abril de 1917.

A partir de agora nos deteremos em investigar o grupo assistido no Hospital de Caridade de Santa Maria a cargo do serviço de Assistência Pública, ou seja, aqueles que no livro de registro de entrada de pacientes eram classificados como “pobres”.

#### **4.2. A administração da pobreza no Hospital de Caridade de Santa Maria**

Nem todos que possuíam a classificação “pobres” eram oriundos da Assistência Pública, porém todos originários dela eram assim definidos. O Hospital também denominava dessa forma aqueles que alegassem pobreza ou indigência, ficando pouco claro na documentação quais os critérios utilizados para que fossem aceitos. Há menções apenas que seriam recebidos indistintamente, conforme podemos visualizar no relatório de 1917-1918<sup>114</sup>, de acordo com o fragmento a seguir.

Os benefícios distribuídos à pobreza pelo Hospital de Caridade de Santa Maria, não visam distinções nem preferência de espécie alguma. Recebem-se indistintamente os indigentes de todas as raças, nacionalidades, religiões, etc, desde que residam no Município. Doentes pobres, vindos de outros municípios propositalmente para serem hospitalizados aqui, só são recebidos quando seu estado de saúde não lhes permite tomar outro destino. Não se aceitam também loucos nem inválidos, que acabariam enchendo as salas e impossibilitando a entrada de doentes susceptíveis de tratamento. Essas duas últimas classes de necessitados competem aos Hospícios de Alienados e aos asilos de Mendicidade (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1919, p. 4).

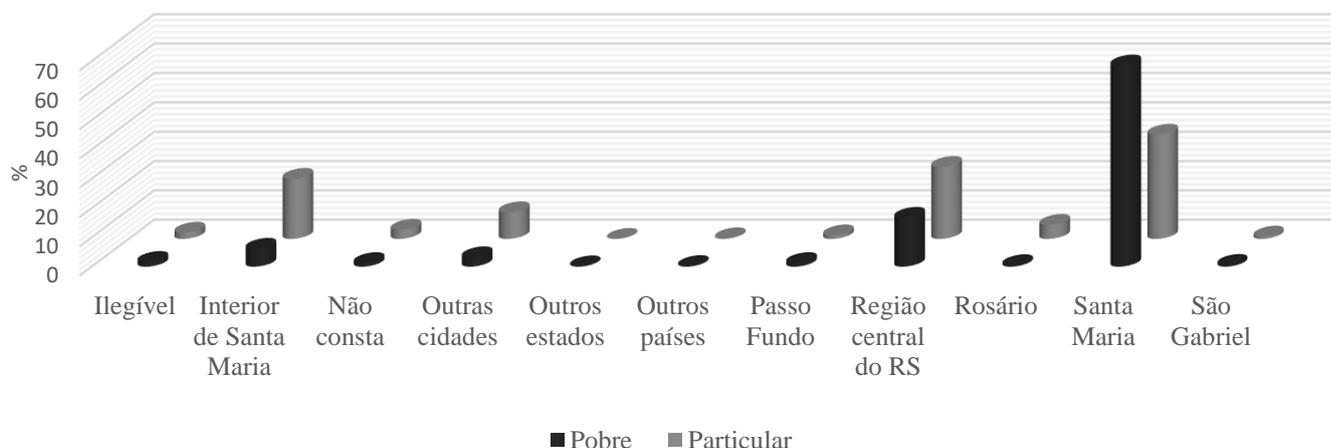
A maneira como o discurso foi elaborado parece indicar que a documentação oficial do Hospital de Caridade trata indigente e pobre como sinônimo. Afinal, em um primeiro momento afirmam que receberiam indigentes sem distinção desde que fossem residentes em Santa Maria. Na frase que se segue, complementando a anterior, refere-se a “doentes pobres” de outros municípios que não deveriam ser atendidos, caso exceção de urgências intransferíveis. Outro ponto trata-se da distinção para loucos e inválidos, os quais deveriam ser transferidos a outras instituições, no caso dos primeiros, ao Hospício São Pedro, em Porto Alegre, e dos últimos a asilos de Mendicidade.

---

<sup>114</sup> Esse relatório faz um apanhado de todos os anos anteriores do seu funcionamento, sendo o primeiro subsequente ao relatório de 1904, ao menos na pesquisa que realizamos.

O relatório de 1904, que delineou o regimento do Hospital, já previa cláusulas semelhantes, recomendando que fossem evitados “cegos, idiotas e em geral pessoas atacadas por enfermidades incuráveis, que ocupariam por longos anos um lugar utilizável para outros mais capazes de aproveitá-los. A não ser assim o hospital estaria, no fim de pouco tempo, transformado em um asilo de inválidos” (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p.15). Além de excluir os incuráveis, a instituição deixava claro suas funções: seria um hospital para tratar doentes curáveis. Sobre os alienados, afirmam que não seriam recebidos inclusive por serem “até perigosos para os outros doentes”. A respeito dos enfermos residentes em outros municípios, além de deixar claro que não os admitiram, ainda complementam que seria um abuso, pois estas cidades “em nada concorrem para a manutenção da casa”. Esse era o discurso oficial, porém olhando para o livro de entrada de pacientes, perceberemos que embora a proporção de pobres residentes fora de Santa Maria fosse bem menor do que os nativos, ela existia, conforme podemos perceber no gráfico 03.

**Gráfico 3 - Residência dos “Pobres” atendidos no HCSM (1903-1913)**



Fonte: Gráfico elaborado a partir do Livro 01 de Registros de Entrada de Pacientes do Hospital de Caridade de Santa Maria. Todos os gráficos seguintes foram criados a partir dessa mesma fonte.

No livro de registros do HCSM, na coluna “residência” há a inscrição de “Santa Maria” para o que interpretamos serem os habitantes da área urbana, ou do 1º distrito do município, pois quando se trata de outros distritos ou localidades rurais estão discriminados

nominalmente<sup>115</sup>. Ou seja, os moradores das áreas rurais, por exemplo, aparecem como São Pedro, Boca do Monte, Pains, Arroio do Só, etc. Nesse sentido, olhando para o gráfico 03, notamos o quanto a grande maioria de pobres era oriunda da área urbana, quase 70%, correspondendo a 1776 indivíduos<sup>116</sup>. O censo de 1920, o mais próximo do nosso recorte a trazer informações sobre a divisão rural e urbana, aponta que dos 52.700 habitantes de Santa Maria, 36.200 localizavam-se na área rural, ou seja, quase 70%, e apenas 16.500 na área urbana<sup>117</sup>. Dessa forma, sendo a população urbana a minoria da cidade e a maioria entre os pobres assistidos, indica que o Hospital de Caridade congregava parcela expressiva da pobreza urbana de Santa Maria.

Em segundo lugar no gráfico da residência estavam as cidades limítrofes da região central do Rio Grande do Sul, porém representando uma parcela bem menor, de 16,7%, ou 444 indivíduos. O interior, os distritos que mencionamos, destaca-se na terceira colocação com 6,1%, ou 166 pessoas. Somando as demais categorias que englobam outras cidades, estados e países, elas ultrapassam pouco mais de 5%, ou 87 pobres. Ressalta-se que no gráfico há menção específica a Passo Fundo, São Gabriel e Rosário porque se tratam de cidades que o número de atendimentos ultrapassou 15. Passo Fundo, especialmente, é a que mais se distingue, com mais de 30. Um dos motivos que apontamos refere-se à grande mobilidade entre ela e Santa Maria, dada a construção da ampliação da ferrovia. Quando estivermos abordando especificamente a população da viação férrea, perceberemos que, mais uma vez, esse município se destacou entre os principais locais de residência dos trabalhadores da estrada.

Já se compararmos esses dados com relação ao público pagante, temos informações mais heterogêneas. Embora a proporção de moradores de Santa Maria seja também a maioria, essa é representada por apenas 35,6 %, 171 indivíduos, seguida por 24,6%, 118 moradores da região central do estado e 98, 20,5%, do interior do município. As demais cidades juntas somam 14,7%, 34 pessoas. Pensando nesses dados, apontamos a hipótese de que a mobilidade era um fator que levava o público pagante ao hospital, ainda que, veremos

---

<sup>115</sup> De acordo com o censo de 1900, Santa Maria possuía 5 distritos. A sede, 1º distrito “Santa Maria”, 2º “Porteirinha”, 3º “Rincão de São Pedro”, 4º “Ex Colônia Silveira Martins” e 5º “Arroio do Só” (FEE, 1981, p. 103).

<sup>116</sup> Nesse cálculo excluímos os nomes que se repetem. Porém, como são apenas 116 classificados como “pobres” que aparecem mais de uma vez no Livro de Registro do Hospital de Caridade, dentro de um montante total de 2727, consideramos estatisticamente irrelevante. Nos demais cálculos que envolvem análise dessa população, esses dados também foram desconsiderados.

<sup>117</sup> Dados extraídos da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE, 1981, p. 128).

adiante, os classificados como “particulares” fossem em número menor que os “pobres”. Ainda assim, percebemos diferenças significativas entre essas duas populações. Não pode ser ignorado o fato de Santa Maria possuir traços rurais muito marcantes. O entrelaçamento entre o campo e a cidade era sua base econômica, através da comercialização de produtos agrícolas, questão que provocava constatações de intercâmbio de indivíduos.

Outro elemento que não pode ser descartado é a diferença entre o pobre urbano e o pobre rural. O pobre morador do interior possuía outros recursos, como uma mínima porção de terra da qual poderia retirar seu sustento, dando-lhe uma alimentação melhor, por exemplo. Além das redes de solidariedade que, como já percebemos no capítulo anterior quando tratamos dos imigrantes italianos, se fazem muito presentes no interior, fornecendo subsídios de proteção para aqueles grupos não caírem na miserabilidade. Lembramos que os imigrantes buscaram socorro à Intendência porque em um caso excepcional sentiram-se desamparados quando uma praga de gafanhotos destruiu suas lavouras. Ou seja, excetuando-se casos isolados, através de suas redes e recursos, os imigrantes, assim como agricultores do interior, conseguiam sobreviver longe do amparo das autoridades públicas.

Já o pobre urbano era o que muitas vezes migrava do campo para a cidade vislumbrando possibilidades de emprego. Parte significativa desse grupo transformava-se em jornaleiros, “atividade remunerada que era realizada por *jornal*, isto é, por um tempo determinado, geralmente curto e que não carecia de qualquer especialização” (CARVALHO, 2005, pp. 73-74). Carvalho, estudando os jornaleiros em Santa Maria, destaca ainda que “muitos populares que passam a compor a cidade e que não se encontram integralmente absorvidos pelo *desenvolvimento urbano*, continuam a manter laços com o universo rural, como uma estratégia de sobrevivência” (idem).

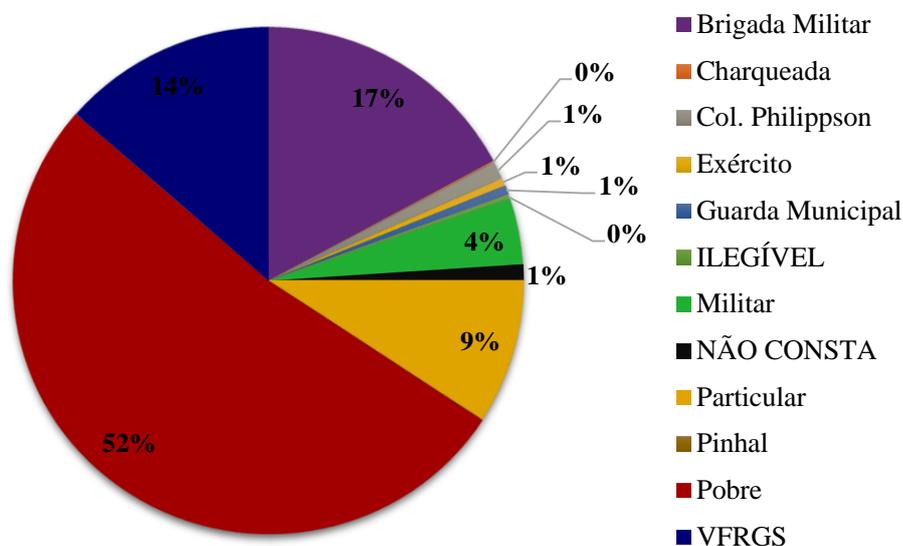
A presença dos pobres no hospital ainda se relaciona com a questão das escolhas individuais e coletivas, mesmo que seja necessário entender em que medida elas pesam na busca de socorro em uma instituição. No contexto da primeira década do século XX, escolher ir até um hospital buscar ajuda para sua enfermidade ainda era algo novo. Especialmente se considerarmos que o Hospital de Caridade era o primeiro da região, sua população possivelmente nunca havia tido contato com uma instituição daquele porte, além da relação que possuíam com a doença, recorrendo às mais diversas artes de curar, como benzedadeiras, curandeiras, etc. Nikelen Witter (2001) a partir da análise de um processo crime envolvendo curandeirismo no interior do Rio Grande do Sul, em 1866, demonstra o quanto as escolhas

da população se davam, mais provavelmente, com base nas suas tradições culturais acerca do corpo e da doença. Longe de estarem sujeitos a uma hierarquia de saberes, os homens e mulheres do século XIX elaboravam suas escolhas com base em necessidades, crenças e numa lógica muito própria acerca da enfermidade.

Porém, quando nos referimos ao início do século XX, devemos acrescentar outras questões que corroboram às escolhas da população, como o fato de estarmos falando de pobres trabalhadores. A condição de enfermo implicava na impossibilidade do trabalho e isso poderia gerar uma necessidade mais urgente na busca de soluções à saúde. No contexto a que Witter se refere, meados do século XIX, Santa Maria era uma cidade recém fundada, predominantemente rural. Já os primeiros anos do novecentos trouxeram à região uma ebulição populacional, ampliação das profissões urbanas e das necessidades de trabalho. Veremos, adiante, que o tipo de doença que leva o pobre ao hospital pode indicar o caminho da necessidade de cura para que o mesmo retorne aos seus labores e não caia na miserabilidade.

Dessa forma, é importante refletir sobre quem recorria ao Hospital de Caridade de Santa Maria, a respeito dos diferentes grupos que compunham os 5224 atendimentos durante os dez anos que estamos analisando. Filtrando as informações a partir da classificação dada pelo hospital ficamos com o seguinte gráfico.

**Gráfico 4 - Classificação dos atendimentos no Hospital de Caridade (1903-1913)**



Durante o período de dez anos, os pobres corresponderam à maioria, 52,2%, 2727 atendimentos, mesmo com dez grupos diferentes compondo a classificação dos enfermos. Destaco também o segundo grupo com maior proporção, a Brigada Militar, a qual se somarmos com os militares, representam 21,4%, 1118 internações. Veremos, a seguir, no gráfico 05 que esses dois grupos, pobres e Brigada Militar, alternaram-se ao longo do período como a maioria. Ambos equivalem a atendimentos custeados através de subvenção, municipal e estadual, como já apontamos em outros momentos. Destaca-se que colocamos os militares e Brigada juntos porque acreditamos serem classificações sinônimas, visto que quando se trata de um grupo específico dentro do quadro genérico “militar” estão designados como “exército” e “guarda municipal”. Observando a variação dos grupos anualmente também percebemos que exatamente no ano que “brigada militar” praticamente desaparece do quadro, em 1905, “militar” atinge o ápice, conforme aparece no gráfico a seguir. Ressalta-se que o total de atendimentos não necessariamente diz respeito ao número de pessoas internadas, visto que, por exemplo, no caso dos pobres, cerca de 120 indivíduos aparentemente retornam ao hospital duas, três ou até mais vezes dado que encontramos repetição de nomes e outras características que nos permite entender que aquele determinado indivíduo regressou ao hospital com a mesma doença ou não.

Por exemplo, Camilo de Almeida, classificado como pobre, preto, de 32 anos, casado, residente em Santa Maria e natural “deste estado”, cuja profissão era “palheiro”<sup>118</sup>, no ano de 1904 deu entrada no Hospital de Caridade três vezes, em 23 de janeiro, 17 de fevereiro e 03 de maio. Em todas, seu diagnóstico foi de “reumatismo”. Na primeira hospitalização saiu “a pedido”, após 20 dias. A segunda foi dois dias depois, saiu como “melhorando”, após 15 dias, e a terceira, após 24 dias sua alta foi registrada como “curado”, não tendo retornado mais ao hospital. São através dessas informações que se repetem idênticas, que conseguimos mapear a trajetória hospitalar desses indivíduos e inferir quando se trata da mesma pessoa. Algumas vezes a doença muda, mas as características físicas são iguais, então também podemos indicar como sendo o mesmo homem ou a mesma mulher, porém com reincidência com outro diagnóstico. Como o caso de Josephina Martins, de 28 anos, parda, solteira, doméstica, residente em Santa Maria<sup>119</sup>, foi internada seis vezes. A primeira em 1909, com insuficiência mitral; a segunda em maio de 1910, com gastrite;

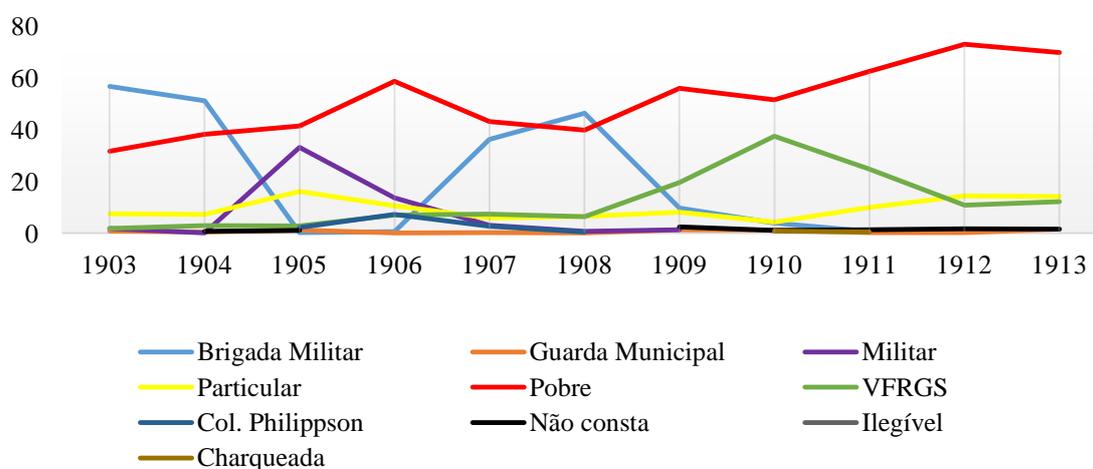
---

<sup>118</sup> HCSM, 1904, pp. 3-5.

<sup>119</sup> HCSM, 1909, p. 59; 1910, p. 67; 69 e 70; 1911, p. 83; 1913, p. 95.

depois em julho de 1910, com diagnóstico ilegível; a quarta internação foi em agosto do mesmo ano, com cólica intestinal; posteriormente, em 1911, retornou com cálculos biliares e, finalmente, em 1913, mais uma vez foi registrada com cálculos biliares. Josephina foi internada seis vezes durante quatro anos, apesar dos diferentes diagnósticos, eles se completam, apresentando, muitas vezes, sintomas de uma mesma doença. Também por isso conseguimos identificar como sendo a mesma pessoa.

**Gráfico 5 - Classificação anual dos atendimentos no HCSM (1903-1913)**



O hospital inicia com a maioria de atendimentos voltados para a Brigada Militar, nos demais anos, à exceção de 1908, a classificação “pobre” é a predominante. Sendo que em 1906 e a partir de 1909 se destaca muito com relação às demais. Em 1912 e 1913 chega à casa de 70% das internações, atingindo seu auge. Isso nos mostra que na variação dos dez anos a instituição passa de um hospital militar para um hospital de pobres. O terceiro grupo com maior número de internações foi a VFRGS, que representa os trabalhadores da ferrovia, o qual cresce gradativamente a partir de 1908, atingindo seu ápice em 1910, com quase 40%. Esse foi o período concomitante a construção de uma nova linha que ligou Santa Maria ao norte do Rio Grande do Sul, sendo o entroncamento em Passo Fundo e que, posteriormente, ligaria a região a São Paulo, na cidade de Itararé. A classificação “particular”, que no livro está desmembrada entre I e II classe, diz respeito aos pensionistas, que custeavam seus atendimentos eles mesmos. Sua classificação varia entre 7 a 10% durante todo o período, aparecendo com uma pequena elevação, chegando a 14,1%.

A afirmação que fizemos de que o HCSM se transformou num hospital de pobres ganha ainda mais força quando acrescentamos outros dois elementos à análise: a questão dele ser responsável pelo serviço de assistência pública da cidade, como já apontamos, e ao observarmos seu quadro de despesas e receitas. O relatório elaborado pela instituição em 1919 que correspondia às atividades de 1917 e 1918, traz informações também de todos os anos anteriores do seu funcionamento. Assim, conseguimos acompanhar anualmente todos os gastos e rendimentos do hospital. O quadro anexo do relatório apresentava números desde 1901, ano em que começam a serem arrecadados financiamentos para sua construção, até 1918. Porém, utilizamos somente os dados até 1913, para focar a investigação e comparar as informações com os mesmos anos dos atendimentos em análise.

**Quadro 2 - Despesas HCSM (1901-1913) <sup>120</sup>**

DESPESAS	ANO:			
	1901-1911	1912	1913	Total:
Ações	9:750\$140	--	--	9:750\$140
Publicações e impressões	632\$200	--	--	632\$200
Despesas Gerais	13:161\$800	1:771\$520	2:737\$090	17:670\$410
Comissões	493\$000	15\$900	--	508\$900
Mobiliário	2:987\$290	526\$140	578\$720	4:092\$150
Ordenados	27:343\$140	--	--	27:343\$140
Diversos devedores (c/incobráveis)	501\$400	--	--	501\$400
Enterros	1:617\$000	--	--	1:617\$000
Ala esquerda da B. Militar	15:039\$180	--	--	15:039\$180
Consultório	8:027\$900	1:031\$500	668\$700	9:728\$100
Pobres hospitalizados	108:017\$880	16:298\$400	17:600\$200	141:916\$480
Juros e descontos	4:279\$500	648\$370	1:363\$700	6:291\$570
Forragem	1:556\$390	70\$680	154\$500	1:781\$570
Conservação do Edifício	3:594\$620	177\$440	767\$940	4:540\$000
Iluminação e Telefone	4:279\$500	627\$000	836\$500	5:743\$000
Aluguéis	110\$000	--	--	110\$000
Passagens	58\$200	5\$000	--	63\$200
Rouparia	7:999\$630	885\$540	894\$630	9:779\$800
Motor da Hidráulica	182\$800	353\$000	134\$100	669\$900
Seguros	--	18\$100	18\$400	36\$500
Total:	209:426\$910	22:428\$700	25:754\$480	257\$610\$090

O quadro 02 inclui vinte tipos diferentes de gastos e mais da metade, 55%, correspondem às despesas com pobres hospitalizados. Porém, aparecem somente as somas totais das despesas, mas se compararmos esses números com outros descritos no relatório,

<sup>120</sup>Fonte: HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA. RELATÓRIO 1917-1918. Anexo nº 11 – Quadro synoptico da Receita e Despesa do Hospital de Caridade no período de 1901 a 1918 (adaptado).

percebemos que os gastos referentes aos pobres eram ainda maiores, pois havia a parte específica de consultório para pobres, receituário externo e enterros de pobres, os quais não aparecem discriminados nesse quadro. De modo geral, entre 1901 e 1918, o hospital despendeu em socorros à pobreza: 269:152\$340, dividindo os gastos entre pobres hospitalizados (236:724\$760), enterros de pobres (1:617\$000), consultório para pobres (15:271\$400) e receituário externo para pobres (15:539\$340) (RELATÓRIO HCSM, 1919, p. 5).

As despesas relacionadas a consultório e receituário externo diziam respeito aos atendimentos que o hospital prestava em seu ambulatório, correspondendo ao compromisso que haviam assumido com a assistência pública. O relatório de 1904 deixa claro que todos os médicos davam consultas aos pobres no ambulatório. As informações sobre quem eram os enfermos recebidos nessa ala não constam nos livros de registros de entrada e saída, pois não era considerado internação. Entretanto, encontramos indícios sobre eles em uma publicação do jornal “O Estado”, de setembro de 1904, alusiva a comemoração de um ano da inauguração do Hospital. Nela, há uma retrospectiva do que era a assistência aos pobres na cidade antes e como estava naquele momento.

Há um ano já que o humanitário estabelecimento abriu suas portas à pobreza desvalida, socorrendo neste período de tempo a centenas de infelizes que, sem ele, andariam de porta em porta suplicando uma esmola para comprar o medicamento necessário às moléstias que os afligem. (...) Agora não, a Caridade os amparou. Vemos homens e mulheres, alquebrados pelos anos, que vagueiam pelas ruas pedindo pão para a boca e lá vão pedir remédios para seus padecimentos físicos. Não é só aqueles que a moléstia atira no leito, que o Hospital ampara e protege, não, muitos outros que não estão debaixo de seu teto protetor recebem seus socorros, levam dele o alívio as dores que os devoram. Destarte, é justa, é digna a proteção que dispensa o público santa-mariense ao piedoso estabelecimento<sup>121</sup>.

Acreditamos que essa descrição se refere àquelas pessoas atendidas no ambulatório do hospital, pois diz respeito aos que buscavam remédios, mas não iriam parar nos leitos. Ou seja, através desse serviço de distribuição de medicamentos e socorros emergenciais, a instituição atendia aos *infelizes*, os que vagavam pelas ruas mendigando alimentos e ajuda para seus *padecimentos físicos*.

---

<sup>121</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, nº 73, 10/09/1904.

De volta ao quadro 02, quando aparece “Pobres hospitalizados”, a cifra de 141:916\$480, referente aos anos de 1901 e 1913, diz respeito a outro tipo de pobre, os custeados pela subvenção municipal. Ou seja, representa o custo com os 2727 atendimentos que representaram os 52,2% das classificações totais dos enfermos do Hospital, conforme aparece no gráfico 04.

O segundo grupo correspondente ao maior número de internações, a Brigada Militar, entre 1901 e 1911 aparece como o segundo maior gasto entre as despesas com atendimentos. O fato de desaparecer a partir de 1912 no quadro 02, vai ao encontro do gráfico 05, em que no mesmo período se dissipa. Essas duas informações nos levam a refletir sobre a criação de uma enfermaria militar em Santa Maria. Ao longo da pesquisa não encontramos nenhum documento que atestasse sua fundação. Nas fontes da Intendência Municipal de Santa Maria, a primeira menção foi no início de 1918, através de uma correspondência que relata o atestado de óbito de um soldado que prestava serviços na cidade. Ou seja, uma documentação corrente de uma instituição que, aparentemente, fazia isso já há algum tempo, dado o caráter informativo da carta<sup>122</sup>.

Já no quadro 03, exposto abaixo, percebemos que as duas principais fontes de rendimentos do HCSM eram a farmácia e as subvenções, embora os donativos, somados aos benefícios e quermesses, representassem cifras consideráveis. As hospitalizações dos doentes de primeira e segunda classe, ou seja, os particulares, colaboravam com um montante significativo também. Assim, somando a farmácia com as subvenções, donativos, quermesses e hospitalizações temos 77,3% dos rendimentos do Hospital de Caridade de Santa Maria, ou seja, a grande maioria da receita concentrada em apenas cinco itens, enquanto os outros quinze se dividem em apenas 22,7%.

---

<sup>122</sup> AHMSM. Ofício da Enfermaria Militar Fundo Intendência Municipal. Caixa 02 - tomo 07, 1918.

**Quadro 3 - Receita HCSM (1901-1913)** <sup>123</sup>

RECEITA:	ANO:			
	1901-1911	1912	1913	Total:
Bens de raiz	1:063\$200	--	--	1:063\$200
Material	217\$450	--	--	217\$450
Benefícios e Quermesses	15:089\$030	--	--	15:089\$030
Jóias e Mensalidades	944\$000	--	--	944\$000
Donativos	56:249\$440	16:025\$540	1:233\$150	73:508\$130
Farmácia	92:714\$321	5:373\$830	7:273\$960	105:362\$111
Mobiliário	44\$690	--	--	44\$690
Juros e descontos	5:645\$950	--	--	5:645\$950
Etapas	13:635\$400	--	--	13:635\$400
Hospitalizações	57:794\$160	6:287\$850	12:342\$680	76:424\$690
Legados	2:502\$500	300\$000	--	2:802\$500
Subvenções	79:549\$920	7:550\$000	9:250\$000	96:349\$920
Remédio da Influenza	8:090\$250	810\$960	1:306\$740	10:207\$950
Dividendos	1:654\$000	--	--	1:654\$000
Serviço funerário	20:735\$810	8:421\$240	7:247\$020	36:404\$070
Produtos da Chácara	37\$500	--	--	37\$500
Construção do Passo Fundo	27:989\$810	502\$000	--	28:491\$810
Ponte de Santa Maria	1:846\$620	--	--	1:846\$620
Ações	2:892\$000	--	--	2:892\$000
Auxílio do G. do Estado	--	1:500\$000	--	1:500\$000
Total:	388:696\$151	46:771\$420	38:653\$550	474:121\$121

A maior fonte de renda do hospital era a farmácia e correspondia a 22,2% da receita total. Ela era um serviço prestado assim como o consultório e o receituário. Ao mesmo tempo que o hospital não cobrava dos pobres esses dois serviços, possuía na venda de medicamentos e pequenos procedimentos através da farmácia o seu maior rendimento, ou seja, talvez compensasse as despesas através dessa receita. No relatório de 1904, que já citamos e que traz as diretrizes para o seu funcionamento, consta que a farmácia do HCSM fornecia todo o receituário da estrada de ferro, “da Margem até Bagé, despachando-se mensalmente 700 fórmulas mais ou menos” (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p. 16). Ou seja, abastecia de medicamentos toda a linha que passava por Santa Maria, desde a região de Porto Alegre, até a fronteira com a Argentina. Além disso, fornecia materiais de curativo, especialidades farmacêuticas, instrumentos e aparelhos, custando a Viação Férrea 1\$300, na condição de que fossem restituídos os frascos vazios.

<sup>123</sup> (Fonte: HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA. RELATÓRIO 1917-1918. Anexo nº 11 – Quadro synoptico da Receita e Despesa do Hospital de Caridade no período de 1901 a 1918 (adaptado)).

As enfermarias do hospital eram abastecidas pela farmácia, com a produção mensal de 250 fórmulas divididas entre as alas da Brigada Militar e dos pobres. Também forneciam seus produtos aos pobres atendidos no ambulatório e aos que fossem atendidos a domicílio, desde que apresentassem o receituário expedido por um médico. Os familiares dos praças da Brigada poderiam receber igualmente os produtos, porém deveriam ser pagos pelos oficiais. Quanto à venda de fórmulas para o público em geral, o relatório é confuso, porque ao mesmo tempo em que indica até o horário de atendimento, “os benefícios prodigalizados pela farmácia do Hospital estão no domínio público e podem ser aquilatados por quem quer que compareça no saguão do edifício, todos os dias úteis, das 9 às 11 horas” (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p. 16); por outro lado, afirma “não se vendem remédios ao público” (idem). Entretanto, já no relatório de 1917-1918, está muito claro que a farmácia se constituiu enquanto “esteio do hospital” (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1919, p. 5), através da venda de medicamentos e mercadorias ao público – além do fornecimento de fórmulas para todas as enfermarias, tanto dos pobres quanto dos pensionistas.

A segunda maior receita do HCSM vinha das subvenções, oriundas do governo estadual e da Intendência Municipal, custeando a internação da Brigada Militar e dos pobres. Esses dois grupos juntos, se voltarmos ao gráfico 04, representam 73,6% de todos os atendimentos. Logo, compreende-se a cifra elevada desse rendimento, embora nos relatórios a administração do hospital reclame muito do quanto atender esses dois públicos era oneroso e causava prejuízo aos seus cofres.

O terceiro maior rendimento do hospital foi com os donativos e a eles somamos os benefícios e quermesses, pois entendemos fazerem parte da mesma fonte de renda, ou seja, doações da sociedade, representando 18,7% da receita. O item “benefícios e quermesses” só aparece no quadro 03 entre os anos 1901-1911, assim acreditamos que o motivo esteja relacionado ao fato de que foram nos anos anteriores à fundação e iniciais de funcionamento que se concentrou o maior número de festas organizadas para a arrecadação de fundos à instituição. Já demonstramos no capítulo 03, quando mencionamos o socorro aos indigentes, que havia sociedades prestadoras de socorro, sobretudo femininas, que realizavam chás e festas beneficentes cuja renda era majoritariamente revertida em favor da caridade, incluindo-se o HCSM. No capítulo 02, ao investigarmos o processo de criação, também identificamos o quanto o recolhimento de donativos foi um item importante na soma dos

recursos disponíveis. Estes eram arrecadados através de doações dos mais diversos indivíduos que compunham a sociedade santa-mariense e da região. A prática de doar ao hospital se tornou recorrente e, inclusive, aparece com regularidade em todos os anos descritos no quadro 03. Ela era realizada também por meio dos membros da Associação Protetora do Hospital, em que os sócios mensalmente concediam montantes destinados à manutenção e ao funcionamento da instituição, colaborando para custear, sobretudo, as hospitalizações.

Por conseguinte, a arrecadação com as hospitalizações representava 16,1% da receita, ou seja, a quarta maior. Com exceção dos pobres e qualquer pessoa remetida pela Intendência, dos soldados da Guarda Municipal e dos presos, que não desembolsavam nenhuma quantia para serem atendidos, a todos os demais era cobrada uma taxa. Aos soldados da Brigada Militar custava 800 réis diários, porque já havia a subvenção estadual que financiava esse serviço. Já aos doentes oriundos da Estrada de Ferro, foram estabelecidas diárias de 3\$000. Enquanto aos particulares, que se dividiam entre primeira e segunda classe, os valores variavam entre 2\$, 3\$ e 5\$000 (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p. 15).

Os demais 15 itens que compunham o restante de 22,7% da renda dividiam-se entre: bens de raiz, material, joias e mensalidades, mobiliário, juros e descontos, etapas, legados, remédio da Influenza, dividendos, serviço funerário, produtos da Chácara, construção do Passo Fundo, ponte de Santa Maria<sup>124</sup>, ações e auxílio do Governo do Estado. Entre esses rendimentos, destacamos o remédio da Influenza, amplamente divulgado nos jornais locais por ser algo que se vendia como inovador e com de fórmula própria criada pelo médico Astrogildo de Azevedo, diretor do hospital. Além disso, o serviço funerário mostrava-se como uma fonte lucrativa, no qual forneciam-se caixões e transporte não apenas para os falecidos que estavam internados, mas também à Intendência – para os indigentes –, à Viação Férrea, à Brigada Militar e à particulares que solicitassem esse serviço. Ou seja, ao longo dos dez anos analisados o HCSM constitui-se como a principal opção funerária da cidade, inclusive no relatório de 1917-1918 foi destacado o quanto essa atividade era lucrativa aos seus cofres.

---

<sup>124</sup> Extensão da linha férrea que ligava o centro ao norte do Rio Grande do Sul, neste caso, Santa Maria até Passo Fundo.

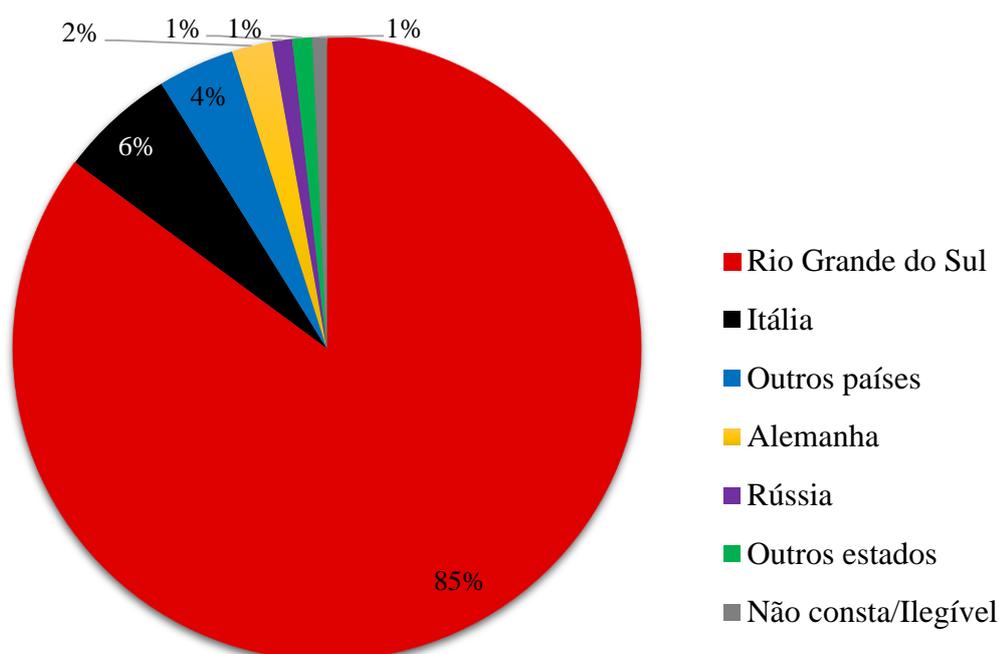
Agora que já apresentamos as funcionalidades do hospital, suas despesas e receitas, na qual constatamos o quanto a questão dos pobres aparece com frequência, seja através do número de atendimentos, quanto aos custos com sua manutenção, retomaremos a compreensão de quem era esse público e por que motivos era hospitalizado, o qual já percebemos que se tratava, majoritariamente, de residentes em Santa Maria e na região central do Rio Grande do Sul.

### 4.3 O perfil dos pobres do HCSM

Tentando entender quem eram as pessoas classificadas como pobres pelo Hospital de Caridade de Santa Maria, buscamos traçar um perfil demográfico daquele grupo, a fim de estatisticamente definirmos suas características, como sexo, idade, cor, profissão, origem, além das principais doenças que eram as causas de seus atendimentos.

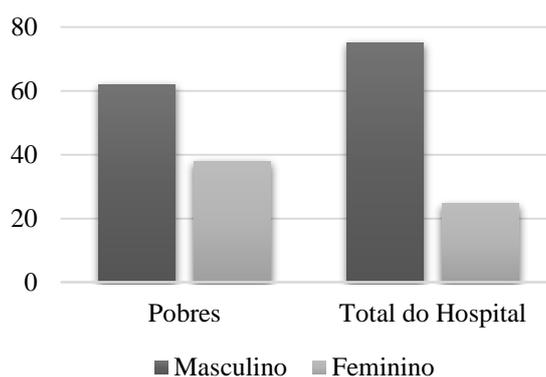
Conforme mencionamos no início deste capítulo, os pobres representam 52,2% de todos os atendimentos no Hospital de Caridade de Santa Maria. Ou seja, trata-se de uma categoria representada por 2727 dados. Começamos analisando a origem.

**Gráfico 6 - Origem dos classificados como pobres (1903-1913)**



Tal qual apareceu no gráfico 03, sobre a residência, o gráfico 06, sobre a origem, demonstra que 85% dos indivíduos atendidos eram brasileiros. Eles eram descritos não como nascidos no Brasil, mas enquanto “deste estado”, que no gráfico substituímos por “Rio Grande do Sul”. Essa grande maioria do grupo de classificados como pobres revela números praticamente idênticos aos da pobreza analisada no total. Ou seja, o perfil da pobreza do Rio Grande do Sul reproduz os dados do geral. De acordo com o sexo, por exemplo, os dados gerais dos pobres apontam para 62% masculino e 38% feminino, enquanto os nascidos apenas no estado são 60% e 40%, respectivamente. Diferença significativa só encontraremos comparando esses números com o total de registros do hospital entre todas as classificações, conforme ilustramos no gráfico 07.

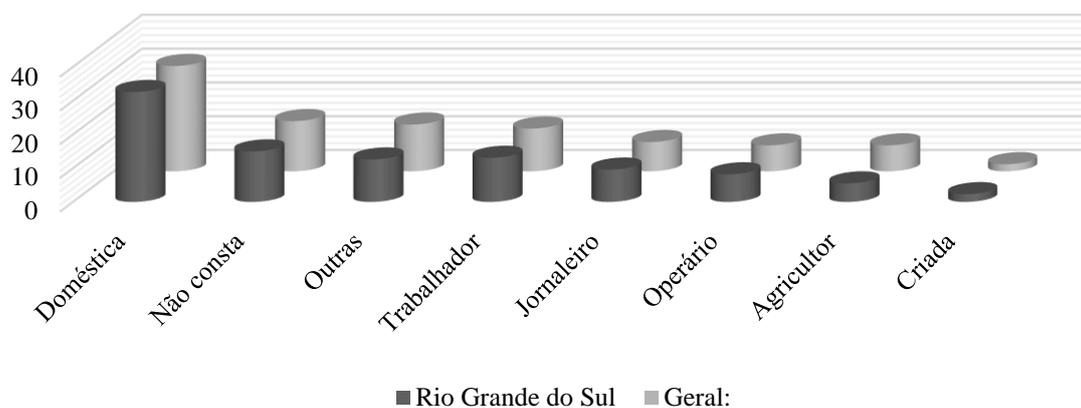
**Gráfico 7 - Sexo dos classificados como pobres (1903-1913)**



Como vemos no gráfico 07, entre a pobreza, a relação de homens e mulheres é de 62 e 38%, ou 1690 e 1031 internações, respectivamente. Já entre o total, a variação está em 75,2%, 3928 atendimentos masculinos, e 24,7%, 1288 atendimentos femininos. Comparando ambos, além de notarmos a diferença menor entre os sexos nos pobres, ainda percebemos a concentração do sexo feminino nessa categoria. Afinal, entre 1903 e 1913, o hospital abrigou no total 1288 mulheres e dessas, 1031 eram pobres, ou seja, 80%. Essa análise vai ao encontro dos apontamentos que realizamos no capítulo anterior, onde demonstramos a grande proporção de mulheres que recorriam à Intendência alegando pobreza, sendo também a maioria. Assim, no final deste capítulo, detalharemos essa categoria específica, que aparece como a mais vulnerável entre os pobres, afim de compreendermos quem eram essas mulheres.

Outra categoria que apresenta dados muito semelhantes entre originários do Rio Grande do Sul e dos pobres em geral, diz respeito à profissão. Criamos um novo gráfico, 08, comparando ambos, no qual podemos visualizar suas equivalências. Entre os mais de oitenta ofícios distintos, seis se sobressaem: doméstica, trabalhador, jornaleiro, operário, agricultor e criada. Com exceção de doméstica que, como já dissemos, era uma classificação generalizada para a mulher “do lar”, as demais indicam profissões que representam o campo e a cidade, o que nos leva mais uma vez a inferir o grande intercâmbio que havia entre esses lugares.

**Gráfico 8 - Profissão dos pobres no geral e originários do “Rio Grande do Sul”**



A categoria “outras” compõe mais de setenta profissões, as quais demonstram a diversificação das atividades, sobretudo, urbanas e algumas rurais. Incluímos nessa variável, todas as profissões que corresponderam a menos de 1% no total. Várias aparecem com apenas um caso, porém outras se repetem mais, ainda que comparada ao total sejam números ínfimos, com cerca de 10 a 20 registros, tais como: alfaiate, carpinteiro, carroceiro, chacareiro, charqueador, empregado do comércio, cozinheira, ferreiro, lavadeira, marceneiro, padeiro, pedreiro, pintor, sapateiro e servente. Alguns ofícios foram praticados exclusivamente por mulheres, como lavadeira e cozinheira. Os chacareiros eram responsáveis por zelar pela propriedade “chácara” na ausência de seus donos ou como empregados diariamente. Carpinteiro, marceneiro, pedreiro, pintor e servente são profissões relacionadas à construção civil. Em conjunto, a presença significativa delas, confere os ares de uma cidade que vivia uma época de crescimento populacional e urbano.

Vislumbrando o gráfico 08, temos ainda jornaleiros e trabalhadores, embora o primeiro seja mais fácil de definir como aquele que atua por jornada; o segundo é mais

complexo, porque também pode significar o indivíduo sem especialidade que pratica vários ofícios por períodos curtos ou longos. No decorrer de 1903 a 1913, filtrando as informações somente entre essas duas profissões, notamos que, gradativamente elas apresentaram curvas inversas. Ou seja, se até 1906 os jornaleiros correspondiam a, aproximadamente, mais de 70% e os trabalhadores 30%; em 1907 e 1908 esses dados se invertem; entre 1909 e 1910 retorna à maioria de jornaleiros e após 1911 as cifras de trabalhadores variam entre 75% e 85% e os jornaleiros ficam entre 25 e 15%.

Nos estudos de Carvalho (2005), a autora também identifica os jornaleiros e os agricultores como as principais profissões entre “os populares”, denominação dada por ela, em Santa Maria entre o final do século XIX e o início do século XX. Destacamos a diferença entre as fontes utilizadas por Carvalho e as nossas, enquanto ela analisou os processos criminais, nós nos detivemos nas correspondências da Intendência e nos registros do Hospital de Caridade. A presença constante de jornaleiros e agricultores nos três tipos de documentações demonstra o quanto eram ofícios representativos na região central do Rio Grande do Sul.

A classificação entre as profissões que representa variações proporcionais maiores entre os pobres do Rio Grande do Sul e o geral, é a dos agricultores. Enquanto os originários do Rio Grande do Sul correspondem a 5,5%, no “geral” consta 7,7%. Isso se explica quando, ao filtrarmos a origem, identificamos a presença dos italianos, os quais correspondem aos estrangeiros em maior número no hospital. Entre eles, a principal profissão é exatamente esta. A seguir, retomaremos ao gráfico 06 para abordar as origens “outros estados” e “outros países”, assim poderemos explicar melhor o caso dos imigrantes.

Com relação aos “outros países”, temos: Estado Oriental (19), Espanha (17), Áustria (10), Portugal (9), Polônia e França (8), Paraguai (7), África (6), Síria (5), Argentina (4), Inglaterra e Holanda (3), Arábia e Hungria (2), Chile, Dinamarca, Grécia, Japão e Síria (1). Desses números levantamos três questões, a proximidade com o Estado Oriental, atual território Uruguaio, que favorecia o trânsito desses indivíduos; e a imigração, a presença de dezenove países diferentes indica o forte fluxo migratório que a região central do Rio Grande do Sul recebia. Afinal, além desses que estão classificados como “outros países”, ainda temos 6%, 163 casos, dos pobres oriundos da Itália, 2%, 57 casos, da Alemanha e 1%, 28 casos, da Rússia. Destaca-se que esses três últimos países possuíam colônias de imigrantes na região. Por fim, chama atenção os 6 indivíduos – verificamos na relação nominal do banco de dados e nenhum se repete – oriundos da África. Na sua totalidade são pretos e possuem

mais de 70 anos de idade, ou seja, tal qual os casos de africanos classificados como “outros estados”, todos foram egressos do cativo, nascidos entre 1823 e 1842. Trata-se de 1 homem de 70 anos e 5 mulheres, com 80, 90, duas com 100 e uma com 120 anos. Essa última, de nome “Maria”, na categoria profissão está descrita como mendiga, fazendo parte do grupo de apenas 8 assim classificados durante todo o período de análise, todos pobres. Maria ficou sob os cuidados do hospital durante sete dias, diagnosticada com “eczema” - doença dermatológica -, saindo curada<sup>125</sup>. As outras africanas, Maria de Tal e Maria Luiza Fernandes, possuem diagnósticos relacionados à idade avançada: velhice e marasmo senil. Maria Rita da Conceição foi internada com bronquite<sup>126</sup>, no período de inverno, o que pode também se relacionar a sua alta idade. Manuel, João Pedro Dias e Rosa não constam a doença. Assim, pensando a partir das enfermidades e voltando ao caso de Maria, de 120 anos, refletimos se essa idade não foi atribuída pelo Hospital muito mais pela sua condição de mendiga, andarilha da cidade, sem condições, do que propriamente por possuí-la, ou mesmo indicar quando nascera, essa idade mostra apenas que era muito idosa.

Especialmente sobre os imigrantes italianos, o segundo maior grupo no quadro da origem dos pobres, relacionando seus dados com as demais classificações (VFRGS, particular, Brigada Militar, etc.), temos 63% de todos os indivíduos descritos como de origem italiana identificados como pobres. Entre eles as classificações se dividem entre pobre, particular (22,4%), VFRGS (10,8%) e não consta ou ilegível (3,4%). A Brigada Militar, uma das categorias mais recorrentes, não possui representação entre esse grupo. Relacionando a origem com as suas profissões, apenas entre os pobres, 52% eram agricultores; 27,6% domésticas (o que não as exclui de serem também agricultoras, porém as mulheres eram, geralmente, classificadas dessa forma quando não possuíam outro ofício fora de casa); 9,8% foram identificados apenas como “trabalhadores”; 4,9% eram operários; 2,4% constam como “vida errante” – pensamos tratar-se de andarilhos, sem residência fixa; e os demais dividiam-se em várias atividades, alfaiate, carpinteiro, ferreiro, lavrador, marceneiro, mecânico, pedreiro, plantador, sapateiro, entre outras. A respeito do sexo, 68,7% eram homens, o que explica, em parte, essa grande variedade de profissões. Sobre o estado civil, entre ambos os sexos, 55,8% eram casados, 31,2% solteiros e 13% viúvos. Em suma,

---

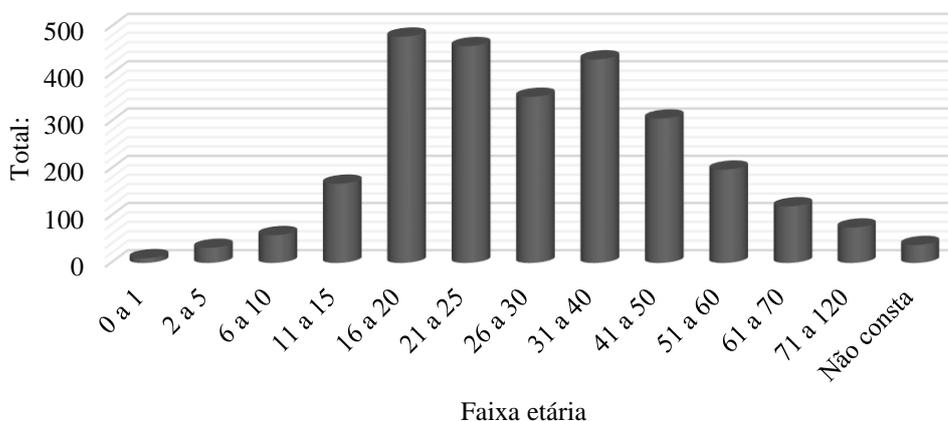
<sup>125</sup> Livro de Registros de Entrada e Saída de pacientes do HCSM. Livro 1, página 19, 10 de janeiro de 1906.

<sup>126</sup> Livro de Registros de Entrada e Saída de pacientes do HCSM. Livro 1, página 15, 10 de junho de 1905.

o perfil geral do imigrante italiano classificado como pobre pelo Hospital de Caridade de Santa Maria era homem, casado e agricultor.

Ainda há uma pequena parcela que concentramos em “outros estados”, como Bahia (8 casos), Santa Catarina (4), Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro (3), Amazonas, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe (1). Eles representam apenas 1% do total da origem dos pobres, mas chamou atenção a grande variedade de estados, 12, que embora sejam apenas um ou no máximo oito indivíduos de cada, pode representar a mobilidade no interior do Brasil entre as unidades federativas, partindo do pressuposto que entender a população de um hospital significa analisa-la enquanto microcosmos da sociedade. Outro ponto que merece destaque refere-se à cor desses indivíduos de outros estados. Entre eles, mais de 50% foram classificados como pardos, mistos ou pretos. Entre os pretos, todos possuíam mais de 70 anos e eram homens, deram entrada no hospital entre 1906 e 1913, logo, subtraindo a idade pelo ano, constatamos que na sua totalidade foram escravos, pois nasceram entre 1786 e 1834. Essas datas também levam a pensar que embora estivessem classificados como de nação brasileira (Ceará, São Paulo e Sergipe), há alguma probabilidade de serem africanos, pois trata-se de um período bem anterior a abolição do tráfico negreiro, 1850. Além disso, de acordo com Hebe Mattos (2013), até a primeira metade do século XIX, preto identificava, preferencialmente, aos escravos africanos.

Ainda sobre o perfil dos pobres, até o momento todas as categorias remetem a questões do mundo do trabalho, às profissões especialmente, mas também a origem e ao sexo. Outro ponto que vai ao encontro disso relaciona-se com a idade desses indivíduos. No gráfico 09 utilizamos faixas etárias para viabilizar a análise.

**Gráfico 9 - Faixa etária dos classificados como pobres (1903-1913)**

Os pontos altos do gráfico 09 concentram-se entre 16 a 40 anos, ou seja, idades consideradas produtivas. Temos, portanto, um grupo composto por trabalhadores pobres, fossem eles nacionais ou estrangeiros, homens ou mulheres. Mas o que levou esses indivíduos a buscarem socorro no Hospital de Caridade? Já indicamos algumas possibilidades através da questão da pobreza urbana e rural, da maior carência entre os residentes na cidade em relação aos do campo, que, minimamente poderiam tirar sua sobrevivência da terra. Além disso, apontamos a característica principal desse público: eram pobres trabalhadores. A necessidade de manter-se ativo ao labor era questão de sobrevivência e recorrer ao hospital implica pensarmos que esses indivíduos já não possuíam outros meios e estavam beirando à miserabilidade. Ademais, o tipo de ofício do público classificado como pobre corrobora com esse argumento, a maioria eram assalariados: trabalhadores, jornaleiros e operários; ou seja, viviam do seu sustento. Assim, o hospital torna-se a melhor estratégia de sobrevivência, afinal, se possuísem outros recursos, mínimos que fossem, poderiam pagar, com dinheiro ou produtos, um médico particular, farmacêutico ou mesmo a curandeira ou a benzedeira. Práticas estas que ocorriam rotineiramente na cidade, como percebemos através dos constantes anúncios de profissionais da cura nos jornais locais (ver figuras 05, 06 e 07) e cujo público atendido não conseguimos mapear por escassez de fontes nesse sentido.

**Figura 4 - Anúncio de médico e espiritualismo, 1903**

*João Carlos Baptista*  
 Medico especialista em  
 syphilis - ulceras de grande  
 profundidade - rheumatismo,  
 crianças - pulmões e da pelle.  
 Dispondo de uma grande  
 pratica de 20 annos de hos-  
 pitales militares e Santa Casa  
 da Misericordia offerece ao  
 publico seus serviços pro-  
 fissionaes.  
 Residencia Hotel Saccol.  
**Espiritualismo**  
 Garante pela suggestão  
 curar qualquer intrevado ou  
 paralitico por mais pron-  
 gados q' sejam seus encom-  
 modos, garante ao hospital  
 leiro publico d'esta cidade ti-  
 nar os mais brilhantes resul-  
 tados por meio d'este trata-  
 mento.  
 Consultas das 9 ás 11 da  
 manhã e da 1 ás 4 da tarde.

Fonte: AHMSM – Jornal “O Estado”, nº 57, Santa Maria/RS, 22 de julho de 1903.

**Figura 6 - Anúncio clínica médica para senhoras, 1904**

**Clinica medica**  
**Especialmente para sen-  
 horas**  
 Bemvinda S. Lobato, offere-  
 ce seus serviços ás senhoras  
 que soffrem de tantos desarran-  
 jos que definham a mulher.  
*Rua Ipyranga.*

Fonte: AHMSM – Jornal “O Estado”, nº 36, Santa Maria/RS, 04 de maio de 1904.

**Figura 5 - Anúncio de médico e operador, 1904**

**Annuncios**

**Dr. Becker Pini**  
 MEDICO E OPERADOR

*Attende a qualquer chamado*

RAIOS X no tratamento do  
 cancer, de ulceras antigas, ne-  
 vralgias etc. Exames através  
 do corpo.

Tratamento electrico dos es-  
 tados nervosos, de paralyrias,  
 aneurismas, «molestias de se-  
 nhoras e infecções venereas».

Dilatação de estreitamentos  
 da urethra pelo modernissimo  
 processo de Newman, sem dor.

Aplicações ao alcance de  
 todos.

Santa Maria. Rua do Acam-  
 pamento n. 37.

Fonte: AHMSM – Jornal “O Estado”, nº 34, Santa Maria/RS, 27 de abril de 1904.

Através desses anúncios conseguimos identificar as opções de profissionais e tratamentos disponíveis na cidade. A figura 04 é especialmente interessante porque apresenta, na sequência, dois tipos de terapêuticas completamente antagônicas praticadas pelo mesmo médico: João Carlos Baptista, diplomado, especialista em sífilis, que ressalta sua experiência em hospitais militares e Misericórdias, oferece seus serviços e também garante, através do espiritualismo, “curar qualquer entevado ou paralítico”. O local de atendimento que disponibiliza é um hotel, o que nos leva a pensar que estaria de passagem pela cidade e, enquanto isso, colocou-se à disposição da população, buscando atingir tanto aos que acreditavam na medicina oficial, legitimada pelo nome da Santa Casa, por exemplo, quanto aos que preferiam tratamentos espirituais. Já a figura 05, apresenta uma nota voltada às mulheres, não consta a formação da anunciante, Benvinda S. Lobato, mas se apresenta enquanto clínica médica especialista em curar “os desarranjos que definham a mulher”. Por fim, a figura 06, traz a clínica particular do médico Nicolau Becker Pinto, atuante no Hospital de Caridade, com a novidade do aparelho de Raio X, o único da cidade, com o qual anuncia tratamentos para curar úlceras, nevralgias, “moléstias de senhoras e infecções venéreas”. Nesse anúncio também chamamos atenção a sua última frase “aplicações ao alcance de todos”, todos que tivessem algum meio para pagar por esse serviço. Não há nenhuma ressalva sobre atendimentos grátis a pobres, como outras propagandas indicam, principalmente antes da fundação do Hospital<sup>127</sup>.

Refletindo sobre esses três anúncios e voltando à questão sobre quem recorria ao Hospital, percebemos as opções disponíveis, as quais perpassavam tratamentos mais modernos como o aparelho de raio X, alternativas espirituais, ou especialistas em enfermidades específicas. Ou seja, aqueles que pudessem pagar, teriam acesso às terapêuticas variadas, podendo então escolher a que julgassem mais correta. Caso contrário, não havia outro recurso disponível além de padecer à caridade pública para recuperar suas forças e retornar ao trabalho.

---

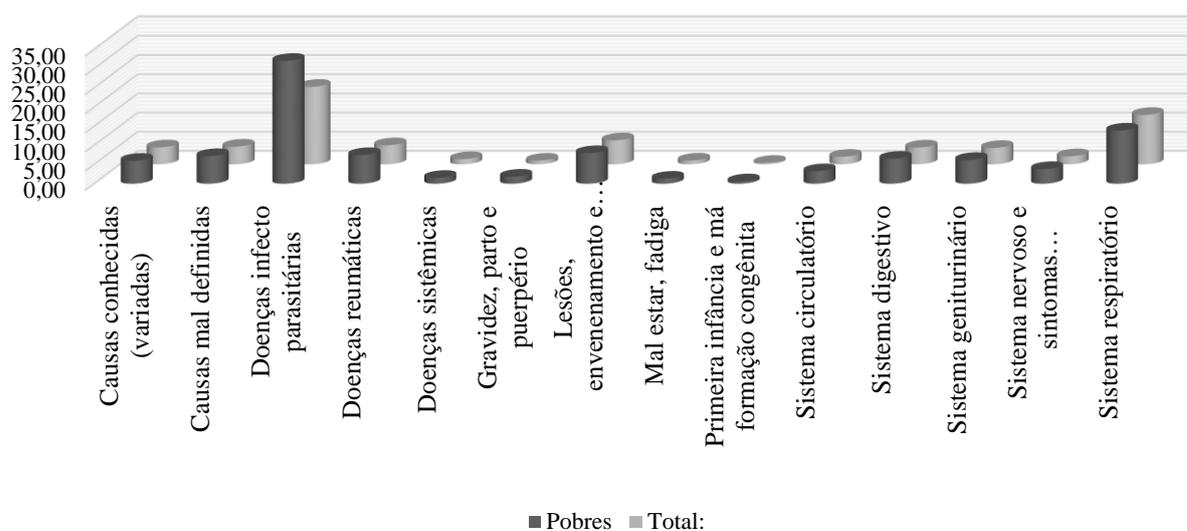
<sup>127</sup> Também no jornal “O estado” de 25 de julho de 1903, ou seja, meses antes da inauguração do Hospital de Caridade (07/09/1903), encontramos um anúncio do médico Francisco de Almeida, o qual oferecia serviços de clínica geral especializada em “moléstias do sistema nervoso, das vias respiratórias e genito-urinárias”. Ao final da propaganda, há o destaque “Grátis aos pobres”. AHMSM, Jornal “O Estado”, nº 58, Santa Maria/RS, 25/07/1903.

### 4.3.1. Pobres doentes

No total de 2727 internações descritas como pobres, encontramos aproximadamente 175 diagnósticos diferentes, variando entre doenças definidas, como tuberculose e sífilis, e o que hoje reconhecemos como sintomas, como febres, convulsões e cólicas, por exemplo. Sendo assim, adotamos a Classificação Internacional das Doenças (CID), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que atualmente está na sua 11ª versão, atualizada em 2018<sup>128</sup>. Outros historiadores já utilizaram esse sistema, sendo Mary Karasch (2000) uma das pioneiras, ao analisar a vida dos escravos no Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX.

Beatriz Weber (1999) destaca que entre 1895 e 1928 as doenças que mais preocupavam os governos do Rio Grande do Sul eram praticamente as mesmas “difteria, peste bubônica, febre tifoide, varíola, varicela, sífilis e tuberculose” (p. 63). Ou seja, todas estão classificadas dentro da categoria de doenças infecto parasitárias e, conforme veremos no gráfico 10, a seguir, tanto no total de atendimentos do Hospital de Caridade de Santa Maria, quanto entre os pobres, confirma-se a presença desses tipos de enfermidades.

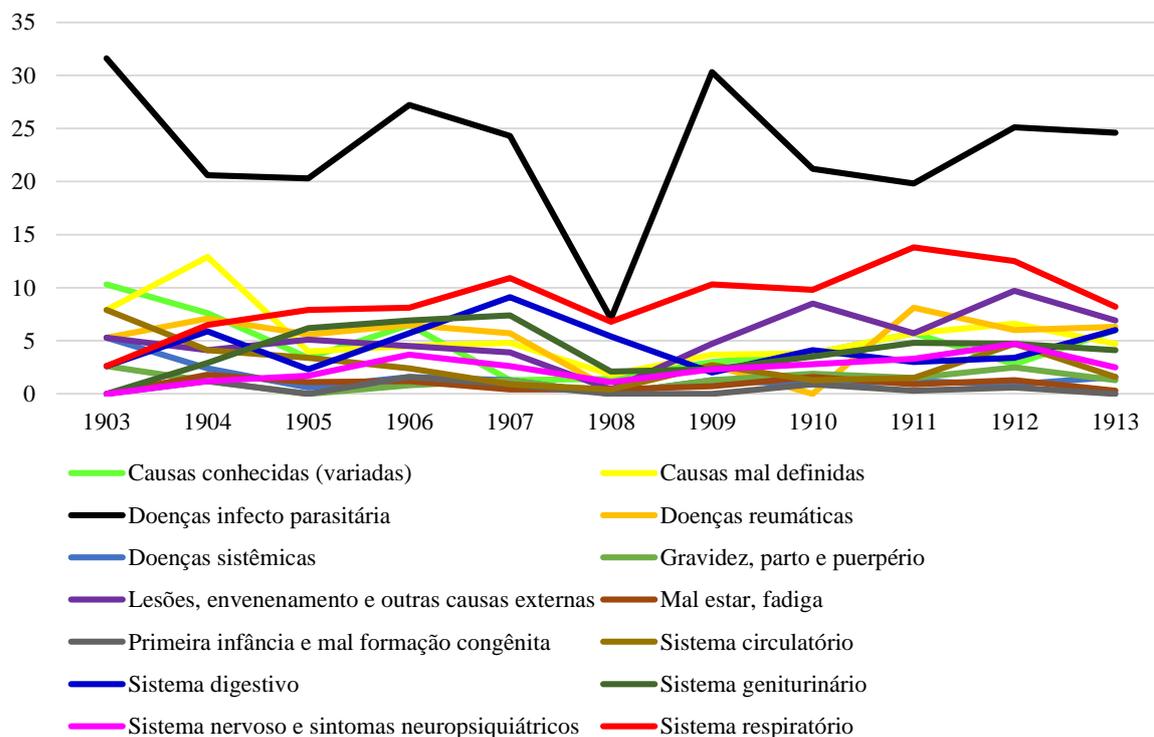
**Gráfico 10 - Doenças do público geral e dos pobres (1903-1913) \* excluíram-se as causas ilegíveis ou não mencionadas**



<sup>128</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> acesso em 11 de janeiro de 2019

A variação é pequena entre o público geral e os classificados como pobres, tal qual já percebemos para a categoria profissão, menos em relação às doenças infecto-parasitárias, que se destacam mais entre os pobres (32,08%, em relação a 20,2%) e as lesões, envenenamento e outras causas externas são proporcionalmente maiores (8,02% entre os pobres, em relação a 6,27%). As demais variam menos de 1% comparando os dois grupos. Em certa medida, esses dados indicam a relação entre uma das doenças com maior número de casos, a tuberculose, com a pobreza, assim como a sífilis. Ambas as enfermidades se destacam das demais significativamente. Dos 608 casos de infecto parasitárias, 216 são de tuberculose e 188 de sífilis, ou seja, juntas representam mais de 60%. Voltando aos anúncios anteriormente citados nas figuras 04, 05 e 06, destacam-se nas três imagens a ênfase ao tratamento para doenças venéreas, indo ao encontro da demanda que percebemos existir, como uma das principais causas de internação no hospital. As propagandas de consultórios particulares também demonstram que a rede de assistência era bem maior do que a institucionalizada, ou seja, o hospital. No entanto, percebemos que de alguma maneira essa rede estava voltada ao tratamento das doenças infecto-parasitárias, especialmente a sífilis e a tuberculose, principais causas de adoecimento da população do interior do Rio Grande do Sul no início do século XX.

**Gráfico 11 - Variação anual das doenças entre os pobres**



Olhando as doenças através da variação anual, salta ainda mais aos olhos a diferença significativa entre as infecto parasitárias em relação às demais. A queda brusca que há em 1908 diz respeito ao elevado número de causas ilegíveis ou não mencionadas nesse ano. Tanto no gráfico 10, quanto no 11, ignoramos esses dados para analisar melhor apenas as enfermidades reconhecidas.

As doenças do sistema respiratório aparecem como a segunda maior causa de internação. Entre esse grupo, destacam-se a gripe e a bronquite, com 147 e 59 casos, respectivamente. Do total de 264 internações, juntas correspondem a quase 80%.

No terceiro maior grupo, “lesões, envenenamento e outras causas externas”, entre os 152 registros, as lesões gerais e os ferimentos por arma de fogo ou arma branca dizem respeito a 116 casos, cerca de 76%. Essa categoria é muito mais representada por indefinições do que por doenças, pois nela foram registrados diagnósticos como ferimentos e lesões nos mais diversos membros do corpo. Destaca-se que esse grupo aparece proporcionalmente maior entre os pobres, com relação ao quadro geral do hospital. Esse fato pode estar relacionado aos conflitos entre os trabalhadores, identificados através das lesões por armas. Daniela Carvalho (2005, pp.95-96), estudando os processos criminais de Santa Maria no final do século XIX e início do XX, apontou que a maior incidência entre os réus era de jornaleiros e agricultores, duas das profissões mais frequentes entre o público do hospital. Carvalho entende a relação entre os jornaleiros e o crime vinculada ao fato de que não possuir um trabalho fixo poderia associa-los à vagabundagem, à desordem e ao ócio.

A quarta maior causa de internações foi por conta de doenças reumáticas, com 142 entradas, sendo 69% por reumatismo, 18% com nevralgia, 11% com artrite e apenas 1 caso de artrose. Esses diagnósticos associados ao aparelho locomotor, ou seja, ossos, articulações, cartilagens, músculos, tendões e ligamentos<sup>129</sup>, também podem representar um sintoma de outras doenças, como a sífilis, por exemplo. Inclusive há vários casos de reumatismo sifilítico, que na classificação inserimos nas infecto-parasitárias. Analisando a trajetória de alguns enfermos recorrentes, ou seja, aqueles que retornam ao hospital mais de uma vez, temos casos que endossam esse argumento.

---

<sup>129</sup> Sobre a caracterização desse grupo de doenças, ver em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/doencas\\_reumaticas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/doencas_reumaticas.pdf) acesso em 18 de janeiro de 2019.

Por exemplo, Graciano de Souza Leal, sua primeira entrada foi registrada em 01/10/1903, homem branco, de 49 anos, viúvo, lavrador, residente em Santa Maria, diagnosticado com sarna, após 32 dias de hospitalização, deu alta como curado. No ano seguinte, em 19/08, com as mesmas características, mas um ano de idade a mais, 50, retorna com o diagnóstico de reumatismo e dessa vez fica internado por 52 dias, saindo curado. No início de 1907, um indivíduo de mesmo nome, com 52 anos, cuja profissão agora aparece como agricultor, fica internado por cerca de 100 dias, tendo alta como “melhorando”, cuja doença está registrada como sífilis. As características desse caso nos levam a pensar que se trata do mesmo homem que, ao longo de quatro anos, sofreu de sífilis, porém nos dois primeiros casos de hospitalização, foram tratados apenas seus sintomas, o reumatismo, e outra moléstia também relacionada às más condições de higiene, a sarna, doença muito atrelada à pobreza. Essa trajetória demonstra que embora tenhamos tentado classificar as doenças em grupos específicos, muitas vezes elas se encaixam em mais de um grupo. Por isso também tratamos aqui por número de internações e não de pessoas, pois no caso de Graciano, por exemplo, em cada uma de suas hospitalizações ele foi classificado de forma diferente, primeiro em “causas conhecidas, variadas”, segundo em “reumáticas” e, por fim, em “infecto-parasitárias”.

No quinto maior grupo de enfermidades que acometiam os pobres estão as “causas mal definidas”, foram assim denominadas por apresentarem diagnósticos vagos, que podem indicar alguma doença específica ou apenas sintomas e situações momentâneas de alguma enfermidade. Dizem respeito a 137 casos, sendo a maior incidência entre úlceras, 25%, abscessos, 20%, velhice, 8% - sendo os 11 casos de internação de velhice entre os pobres a totalidade desse tipo de diagnóstico entre todos os públicos do hospital – e o restante divide-se em: alcoolismo, edemas, febres, flegmão (muito associado ao abscesso), feridas, gangrena, hemorragias, hérnias, entre outras.

Há alguns diagnósticos nessa mesma classificação que são descrições como dois casos de “entrou moribundo”. Foram os casos de dois homens, um em 1906, com 60 anos<sup>130</sup> e outro em 1910, com 20 anos<sup>131</sup>. O primeiro faleceu no mesmo dia que entrou no hospital e o segundo no dia seguinte. Ou seja, provavelmente ambos recorreram ao hospital em uma situação já de extremo agravo e não foi nem possível detectar suas enfermidades. Gisele

---

<sup>130</sup> HCSM, Livro de Registros de Entradas de Pacientes. 1906, p. 25.

<sup>131</sup> HCSM, Livro de Registros de Entradas de Pacientes. 1910, p. 73.

Sanglard, analisando os registros da Casa dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro entre fins do século XIX e início do XX, afirma que “as classificações como ‘moribunda’, ‘fraqueza congênita’ e ‘debilidade congênita’ eram indicativos de que o óbito era iminente” (2016, pp. 352-353). Identificamos situação idêntica no Hospital de Caridade de Santa Maria, mesmo se tratando de um público diferente, com poucas crianças.

Outro diagnóstico interessante que consta nesse grupo foi o de um menino branco, de 10 anos, internado em 1910, com “miséria fisiológica”<sup>132</sup>, que ficou hospitalizado por 7 dias e recebeu alta como “curado”. O fato de ter sido registrado com esse tipo de diagnóstico nos leva a pensar que as circunstâncias da pobreza e miséria causaram, por exemplo, desnutrição e fraqueza. Assim, foi o seu estado físico, associado à sua condição, que o levou ao hospital para que lá pudesse recuperar forças e se reestabelecer, saindo curado após uma semana de tratamento. Infelizmente, não temos informações sobre as terapêuticas utilizadas, mas levantamos essas questões como possíveis interpretações deste caso.

Ao refletirmos sobre o sexto grupo de doenças com maior incidência no hospital entre os pobres, “sistema digestivo”, mais uma vez leva-nos a pensar sobre as condições de vida dessa população. As principais incidências entre os 124 casos, foi de 22% com enterite, 18% de gastrite, 15% com embaraço gástrico, 12% com infecção intestinal e 5% com diarreia, as demais dividem-se entre constipação, cólica intestinal, dispepsia, gastralgia, gastroenterite, indigestão e úlcera gástrica. Entre as doenças mais recorrentes, todas remetem a causas alusivas à má digestão através da ingestão de alimentos e/ou águas contaminadas. Porém, também pode ser associada às condições de trabalho, visto que, de acordo com o Dicionário de Medicina Popular, *Chernoviz*, o embaraço gástrico pode ter como suas causas “o cansaço exagerado”<sup>133</sup>.

Witter, analisando a documentação da Comissão de Higiene de Porto Alegre em meados do século XIX, apontou como a principal causa de mortalidade problemas no aparelho digestivo, remetendo às suas principais causas a “má qualidade da água e os alimentos adulterados ou corrompidos, vendidos nos mercados” (2007, p. 65). Enquanto Daniel Oliveira (2018, p. 290), baseado na documentação da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre num período posterior, entre 1875 e 1895, destaca que a causa mortis mais

---

<sup>132</sup> HCSM. Livro de Registros de Entradas de Pacientes. 1910, p. 79.

<sup>133</sup> <http://dicionarios.bbm.usp.br/pt-br/dicionario/4/embara%C3%A7o%20do%20estomago> acesso em 19 de janeiro de 2019.

frequente era de doenças infecto-parasitárias (22,85%), seguidas pelas enfermidades do sistema digestivo (16,68%). O contexto que perpassa a análise de Witter ficou caracterizado pelas más condições de saúde da cidade, associadas à má qualidade da água, sendo marcado, inclusive, por pela epidemia do cólera (1855). Já no período correspondente à pesquisa de Oliveira, Porto Alegre estava em um momento de intenso aumento populacional (43.998 hab, em 1872, para 73.000 em 1900), constituindo-se enquanto uma cidade portuária com ativo comércio e várias melhorias urbanas: encanamento de água, serviço de bondes, iluminação a gás e serviço telefônico (OLIVEIRA, 2018, p. 108). Assim, a principal causa de mortes, as doenças infecto-parasitárias, estavam muito mais relacionadas à vida urbana e às condições de pobreza, como a tuberculose, por exemplo. Porém, ainda aparece como a segunda maior incidência as doenças do sistema digestivo, demonstrando que embora com as melhorias, os problemas relacionados às más condições de vida e alimentação ainda eram recorrentes.

Em Santa Maria, tanto entre os pobres, quanto no quadro geral do Hospital, as hospitalizações por enfermidades do sistema digestivo aparecem em sexta colocação, com apenas 6,5% dos casos, bem distantes dos 32% das causas infecto-parasitárias. A essa questão associamos a pobreza, suas condições de vida e, principalmente, de trabalho, considerando que são pobres jornaleiros, trabalhadores, agricultores e operários, em sua maioria. A doenças mais incidentes eram a tuberculose e a sífilis, a primeira altamente relacionada aos pobres e a segunda à vida sexual desregrada. Ou seja, se nos contextos estudados por Witter e Oliveira as enfermidades eram caracterizadas por problemas envolvendo o cotidiano e o ambiente; no caso do nosso estudo refere-se às condições de vida, trabalho e comportamento.

Os outros dois diagnósticos que aparecem com mais de 100 casos entre os pobres são as doenças do sistema geniturinário e causas conhecidas (variadas). Entre as primeiras, as causas concentram-se em problemas renais, nefrite e insuficiência renal representam 40%. A seguir, aparece o cancro venéreo, com 12%, cistite, 10% e fimose, 8%. O cancro venéreo também poderia estar classificado entre as doenças infecto-parasitárias, por representar a primeira fase do ciclo biológico da sífilis (BATISTA, 2014, p. 62). Já entre as causas conhecidas (variadas), mais uma vez aparece o cancro, com 24% dos casos; anemia, 14%; sarna, 13%; eczema e osteomielite, 8% cada uma; e outras, a maioria relacionadas às doenças dermatológicas: furúnculo, fístulas, dermatite, entre outras.

Como já mencionamos, não temos conhecimento de quais as terapêuticas utilizadas no tratamento de cada doença, pois só temos como fonte o livro de registro de entradas e saídas do Hospital e não os prontuários. Porém, nos relatórios do hospital, consta a sua organização física, sendo mencionado que existia, no momento de sua inauguração, nove enfermarias, cada uma sob a responsabilidade de um médico, totalizando 45 leitos. Nesse sistema, o mesmo médico acompanhava o doente do início ao fim de sua internação, independente do seu colega. “Dividindo o serviço por esta forma não havendo, cada um age autonomicamente no interior de sua enfermaria, imprimindo aos trabalhos a direção que lhe parece” (RELATÓRIO HOSPITAL DE CARIDADE, 1904, p. 16). Em uma das colunas do livro, existia o espaço para escrever o nome do responsável pela hospitalização, assim comparando os nomes com a classificação e os diagnósticos, percebemos que todos os médicos atendiam todos os públicos e quaisquer doenças. Ou seja, não havia uma separação por enfermidade. Os únicos que poderiam escolher qual o facultativo iria lhes atender, eram os que pagavam pelo serviço, os particulares de I ou II classe.

Ao chegar no hospital, o indivíduo era encaminhado para uma das nove enfermarias<sup>134</sup>, permanecendo lá até receber alta. De acordo com a movimentação do hospital, mais de 60% dos pobres deixavam as enfermarias ou como “curado” ou descrito como “melhorando”. Cerca de 9,6% saíram “a pedido”, ou seja, possivelmente ainda não haviam acabado o tratamento, mas por vontade própria saíram do hospital. Havia alguns casos de transferências: “para a cadeia”, indicando que os presos também eram hospitalizados; “para o campo”, todos com essa indicação foram diagnosticados com tuberculose, o que nos leva a refletir sobre a terapêutica recorrente para essa doença, a climatoterapia, que recomendava os ares amenos do campo, associado a repouso, alimentação rica em carboidratos e cavalgadas (BERTOLLI FILHO, 2001).

Também houve o caso de um homem, de 31 anos, branco, solteiro, de profissão “mendigo”, diagnosticado com alcoolismo, que foi removido para o “abrigo de mendigos em Porto Alegre” após 6 dias de hospitalização<sup>135</sup>. Esse exemplo vai ao encontro do que previa os relatórios do hospital, os quais indicavam que não seriam admitidos “cegos, idiotas

---

<sup>134</sup> No Relatório de 1917-1918 não consta o número total de enfermarias, nem de leitos, mas há indicação da presença de três pavilhões no hospital, o que indica sua ampliação no período. Existe também a menção a quatro enfermarias para mulheres pobres no andar inferior e todo piso superior destinado aos pensionistas, demonstrando a separação entre os sexos e as classificações, questões não distinguidas no relatório da inauguração (RELATÓRIO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1919, p. 7).

<sup>135</sup> HCSM. Livro de Registros de Entradas de Pacientes. 1904, p. 7.

e em geral pessoas atacadas por enfermidades incuráveis (...) A não ser assim o hospital estaria, no fim de pouco tempo, transformado em um asilo de inválidos” (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA, 1904, p. 15). Os mendigos entrariam nesse grupo de pessoas que não poderiam ser curadas, portanto, não deveriam ficar internados. O mesmo ocorreu quando um homem de 74 anos, de origem italiana e profissão agricultor, foi diagnosticado com “alienação mental”. Após 23 dias, foi transferido para o Hospício São Pedro, em Porto Alegre.<sup>136</sup> Inclusive todos os outros casos com a mesma doença foram removidos, porém só neste é especificada a transferência para Porto Alegre, nos demais inferimos que foram enviados para o mesmo local. No capítulo anterior, quando analisamos as cartas da Intendência, também identificamos uma transferência de doente do Hospital de Caridade para a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Essas remoções para o Hospício, à Santa Casa e ao Abrigo de Mendigos demonstram o intercâmbio que havia entre as instituições no Rio Grande do Sul, do interior e da capital, apontado uma rede de assistência à pobreza<sup>137</sup>.

Com relação ao tempo de permanência no hospital, ele variava entre 1 a 15 dias, sendo de 1 a 7 dias a maioria, dentre todas as categorias: particular, pobre, brigada militar, ferroviários, guarda municipal e exército. E o terceiro maior período significativo era de 16 a 30 dias. Ou seja, nos registros em que consta o tempo de hospitalização, em todas as classificações, mais da metade do público ficava internado no máximo um mês. Isso indica que o hospital era um espaço de constante circularidade, de permanência curta e de melhoria significativa do quadro, pois voltando ao que dizemos acima sobre a alta, a maioria voltava para casa “curado”, embora não houvesse “cura” para doenças como sífilis e tuberculose, por exemplo.

Ainda pensando nas altas, com foco apenas para os falecidos, a taxa de mortalidade entre todas as classificações era de 10,95%. Das 5223 hospitalizações, 572 morreram, porém destes, 418, ou, 73%, eram pobres. Isso reflete que entre todas as internações classificadas como pobres, a taxa de mortalidade era de 15,3%, a maior entre os grupos. Analisando exclusivamente esses registros, conseguimos mapear o tempo de permanência desses indivíduos e quais doenças ocasionaram os óbitos. Em apenas 18 casos, o indivíduo faleceu

---

<sup>136</sup> HCSM. Livro de Registros de Entradas de Pacientes. 1906, p. 22.

<sup>137</sup> Dentro dos objetivos desta tese, não foi possível analisar com maior profundidade as relações entre as instituições no Rio Grande do Sul, porém ao identificarmos que existia uma rede bem estabelecida entre elas abrimos caminhos para análises posteriores.

no mesmo dia que foi hospitalizado. A maioria, 35,6% veio a óbito na primeira semana e 33% entre o 8º dia e o 1º mês. Ou seja, mais da metade das mortes ocorriam em até um mês de internação. 20% faleceram entre 1 e 3 meses e em apenas 6,5% dos casos o indivíduo ficou no hospital por mais de 3 meses até falecer, nenhum ultrapassando 9 meses, inclusive há apenas um registro desse caso. Entre as 11 pessoas que permaneceram mais de 100 dias hospitalizadas até a morte, 8 tinham mais de 55 anos de idade e, destas, 7 eram solteiras ou viúvas. Assim, embora na totalidade representem dados ínfimos, podemos identificar essas características como de indivíduos que, provavelmente, não possuíam outros recursos de proteção e amparo, como as redes parentais e, por isso, permaneceram no hospital até a morte. Isso foge à regra geral desta instituição, a qual mostra, através do pequeno intervalo entre a internação e a maioria dos óbitos, que talvez os homens e mulheres que lá faleciam, só recorriam a hospitalização em último caso, quando já se encontravam em um estado avançado da doença.

Os tipos de enfermidades que levaram a óbitos também indicam essa busca por socorro no último momento. Entre as causas conhecidas – excluímos os registros não legíveis ou não preenchidos – 51% faleceram em decorrência de doenças infecto-parasitárias e em segundo lugar aparecem as enfermidades do sistema respiratório, 8%, seguidas pelas do sistema geniturinário, 7%. O restante, 34%, divide-se entre sistemas circulatório, nervoso, digestivo; gravidez, parto ou puerpério; lesões, envenenamentos ou outras causas externas; e causas conhecidas ou mal definidas. A doença que mais matou os pobres foi a tuberculose, 80% entre as infecto-parasitárias, correspondendo a 33% entre todos os diagnósticos. Comparando os dados de todas as internações com os de mortalidade, notamos que a tuberculose foi, junto com a sífilis, a doença que mais levou os pobres ao hospital, porém, de longe, a primeira foi a que mais levou-os a óbito. Há apenas três casos de morte por sífilis e suas consequências.

#### **4.3.2 As mulheres pobres**

Entre as mulheres em que consta diagnóstico ou que está legível, 35% foram identificadas com doenças infecto-parasitárias. Em segundo lugar, estão as enfermidades do sistema respiratório, com 14% e o terceiro grupo mais frequente foi o de doenças do sistema digestivo, com 9,2%. No quadro geral, que veremos adiante, as duas primeiras causas

também se repetem, porém, é interessante que a terceira entre todos os hospitalizados são “lesões, envenenamentos e outras causas externas”, as quais entre as mulheres ocupam apenas a 10ª colocação dentre as 14 classificações existentes, conforme veremos na tabela a seguir.

**Tabela 5- Diagnósticos das mulheres pobres no HCSM (1903-1913)**

	<b>Total:</b>	<b>Total de diagnósticos:</b>	<b>%</b>
1. Doenças infecto parasitárias		254	35,03
2. Sistema respiratório		102	14,07
3. Sistema digestivo		67	9,24
4. Doenças reumáticas		50	6,90
5. Sistema geniturinário		42	5,79
6. Causas conhecidas (variadas)		41	5,66
7. Gravidez, parto e puerpério		35	4,83
8. Causas mal definidas		31	4,28
9. Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos		30	4,14
10. Lesões, envenenamento e outras causas externas		24	3,31
11. Sistema circulatório		17	2,34
12. Doenças sistêmicas		13	1,79
13. Mal estar, fadiga		11	1,52
14. Primeira infância e má formação congênita		8	1,10
	<b>Total:</b>	<b>725</b>	<b>100</b>

Para a elaboração da tabela 05, excluímos os 306 registros de “não consta” ou “ilegíveis”, assim analisamos um grupo de 725 hospitalizações femininas. A doença que mais as levou ao hospital foi a tuberculose, seguida pela sífilis, gripe e reumatismo. No caso da tuberculose, se compararmos por sexo, temos números muito semelhantes, 216 no total, 115 casos de mulheres, 99 de homens e 2 não consta. Já entre as demais principais enfermidades as diferenças são maiores. Dos 189 casos de sífilis entre os pobres, apenas 59 eram mulheres; de gripe, apenas 45, dos 189 diagnósticos; e dos 98 casos de reumatismo, apenas 30 foram registrados com o sexo feminino. Com relação à gripe, pode indicar que os homens estavam mais expostos à contaminação devido aos seus trabalhos mais relacionados à exposição ao clima, enquanto as mulheres se concentravam em ambientes mais fechados, ou como domésticas, ou criadas, duas principais profissões. Já o reumatismo, pode também relacionar-se com o trabalho ou ser um sintoma inicial da sífilis.

O baixo número de internadas com sífilis, comparando aos homens, pode se relacionar com o fato de não encontrarmos nenhuma prostituta no hospital. Porém, é sabido que dificilmente uma mulher com essa profissão iria declara-la, dada a carga moral por trás dela e da doença. Ana Paula Vosne Martins (2015) aponta a possibilidade da

autodenominação “costureira” ser sinônimo de prostituta. No Hospital de Caridade temos apenas 3 casos, todos de pobres, duas foram diagnosticadas com sífilis e a outra não consta. Embora sejam poucas, podem sim indicar a hipótese de Martins. Outro indício sobre o atendimento de prostitutas, encontramos no Jornal “O Estado”.

Antes da inauguração do Hospital quantas mães, miseráveis mulheres que arrastam a existência pela lama das ruas, não viram seus inocentes filhinhos, frutos do crime, mas em todo caso seus filhos, devorados pela febre, roídos pela dor e sem um médico que os vissem, sem um vidro de remédio que lhes minorasse os sofrimentos ou salvasse-lhes a vida?! Agora não, a Caridade amparou-os. Todos os dias, de manhã, vemos uma porção destas mal-aventuradas mulheres, sustentando em seus braços crianças andrajosas e macilentas, paradas à porta do Hospital, esperando os humanitários médicos que gratuitamente examinam os infelizes e gratuitamente os infelizes levam da farmácia do Hospital os remédios que lhes são receitados<sup>138</sup>.

Ao se referir às “miseráveis mulheres” que tiveram filhos “frutos do crime”, a reportagem pode estar se referindo às prostitutas ou às mulheres que, em nome da honra, enjeitaram seus filhos nas ruas da cidade. Essas “mal-aventuradas mulheres”, a partir da inauguração do hospital – a notícia faz referência a isso – passaram a recorrer ao ambulatório daquela instituição para serem examinadas por médicos e buscarem remédios. Mais uma vez, não temos o registro preciso das pessoas que eram atendidas naquele setor, porém, lembrando do outro fragmento já citado dessa mesma reportagem, que apresenta os *infelizes* que batiam às portas do hospital, com relação a essas mulheres podemos indicar que não eram aceitas através da hospitalização porque faziam parte daquele grupo que *vagueavam pelas ruas*, os desvalidos, e apenas recebiam socorros necessários a sobrevivência prestados no ambulatório.

Ainda sobre profissões mal definidas que podem indicar prostituição, temos o caso de duas mulheres registradas como “vida errante”. Com a idade de 17 e 15 anos, naturais da Itália, residentes em Santa Maria, foram diagnosticadas com gonorreia. Ambas entraram no mesmo dia 16 de julho de 1911 e saíram também na mesma data, 5 dias depois, com alta “melhorando”.

Com relação ao baixo número de diagnósticos relacionados à “gravidez, parto e puerpério”, Priscila Amaleh (2015) - estudando as mulheres pobres em Porto Alegre na

---

<sup>138</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, nº 73, 13 de setembro de 1904.

última década do século XIX - e Gabriela Rotilli (2017) - analisando as mesmas mulheres do Hospital de Caridade de Santa Maria entre 1903 e 1913 - concordam que isso se dava pela preferência por parteiras ou outras práticas, associada a falta de confiança na instituição hospitalar. Reconhecemos essa como uma das possibilidades de se analisar esses casos, porém precisamos considerar, mesmo que fossem poucos, os registros daquelas mulheres que recorreram ao hospital. Temos 26 diagnosticadas com “gravidez” e/ou “parto” – excluimos aqui as outras doenças que compõem os casos de “gravidez, parto e puerpério” da tabela 01: peritonite puerperal, metrite, eclampsia, prolapso do útero e aborto –, destas apenas uma pagou pela internação e outras três foram subsidiadas pela Estrada de Ferro. As demais, 22, foram classificadas como pobres. Refletindo sobre o nosso argumento de que os pobres que recorriam ao hospital o faziam porque não possuíam outros recursos, pensamos que no caso dessas mulheres talvez estivessem tão desamparadas que nem condições de pagar a parteira possuíam e, por isso, acabaram recorrendo ao serviço médico. Mesmo se considerarmos as doenças que excluimos, o índice de recorrência entre as pobres é bem maior do que as demais classificações.

Há dois casos de mulheres registradas como “alienação mental”, Josephina Marin, 44 anos, branca, casada, natural da Itália internada por 12 dias, foi transferida<sup>139</sup>. E Maria Luiza Comin, 30 anos, viúva, natural da Itália e residente em Silveira Martins. Ficou hospitalizada por 90 dias, sendo removida do hospital<sup>140</sup>. Esse segundo caso já citamos no capítulo anterior, quando o marido de Luiza recorre à Intendência alegando pobreza por estar com problemas de saúde, logo depois ela é internada no hospital e já aparece como viúva. Interessante que as duas mulheres foram transferidas, embora só em um dos registros conste o nome do Hospício São Pedro, provavelmente ambas foram enviadas para lá, conforme já demonstramos outras vezes ao longo desta tese.

A profissão mais recorrente entre as mulheres pobres era “serviços domésticos”. Embora Rotilli (2017, p. 31) aponte essa categoria pudesse englobar também as “criadas, cozinheiras, lavadeiras, amas-de-leite, engomadeiras, costureiras, etc.” acreditamos que no caso do HCSM elas estivessem muito mais relacionadas a classificação que Martins (2015) dá “como mulheres do lar”, porque essas outras profissões aparecem diferenciadas nos registros, estando as criadas, inclusive, entre as mais recorrentes entre a pobreza. No caso

---

<sup>139</sup> HCSM. Livro 01, p. 16. 25/9/1905.

<sup>140</sup> HCSM. Livro 01, p. 39. 01/01/1908.

das criadas acreditamos que sim eram profissionais que possuíam esse ofício como sustento, através de um emprego doméstico<sup>141</sup>.

Assim, neste capítulo procuramos demonstrar a assistência à saúde prestada pelo Hospital de Caridade a seu público classificado como “pobre”. Entender quem foram esses indivíduos perpassou analisar sua origem, sexo, profissão, residência e doenças. Com isso, identificamos diferenças e continuidades entre o universo urbano e rural; entre brasileiros e estrangeiros e homens e mulheres. A seguir, no próximo capítulo, voltaremos a refletir o perfil dos hospitalizados, porém sob o olhar dos trabalhadores formais, contratados da Brigada Militar e da Ferrovia.

---

<sup>141</sup> Não nos aprofundaremos muito na discussão sobre as mulheres pobres do hospital porque esse é um tema que vem sendo estudado na dissertação de mestrado em andamento de Gabriela Rotilli, na Universidade Federal de Santa Maria.

## CAPÍTULO 5. FERROVIÁRIOS E MILITARES

No capítulo anterior analisamos a categoria com o maior número de atendimentos no Hospital de Caridade de Santa Maria, os pobres. No entanto, não poderíamos deixar de lado o estudo de outros grupos que também se destacaram entre a maior quantidade de hospitalizações. Relembrando os gráficos 04 e 05, percebemos que a instituição nasce abrigando predominantemente a “Brigada Militar”, e se unirmos a esse grupo os “militares”, notamos que só a partir de 1909 que os pobres se destacam enquanto grande maioria. Antes disso, as proporções dos três grupos são bem semelhantes. Trataremos das classificações “militares” e “Brigada Militar” em conjunto, porque acreditamos serem o mesmo grupo, apenas descritos de maneiras distintas, o que pode ser justificado pela escolha da pessoa que preencheu o livro de registro. Afirmamos isso devido aos números apresentados, em 1905, apenas 1 indivíduo foi classificado como “Brigada Militar”, sendo que no ano anterior foram 228. Ao mesmo tempo que em 1905 aparecem 142 registros de “militares”. Em 1906, o movimento é bem semelhante, apenas 2 como “Brigada Militar” e 57 “militares”. Além disso, quando se trata de outro grupo militar, existem classificações específicas a eles: “Exército” e “Guarda Municipal”.

Dito isto, somando “Militares” e “Brigada Militar” temos 21,4%, ou 1117 hospitalizações entre 1903 e 1913, representando o segundo maior grupo. Na sequência, aparece a classificação “VFRGS<sup>142</sup>”, com 13,6%, ou 710 registros. Assim, neste capítulo abordaremos esses dois grupos que possuem em comum o fato de serem empregados formais – do Estado ou da Ferrovia – que, muitas vezes, recorriam ao hospital com doenças relacionadas as suas condições de trabalho. Ambos faziam parte do público pagante do hospital, custeados por suas próprias corporações.

---

<sup>142</sup> Nos primeiros anos, 1903 e 1904, essa classificação está como “Estrada de Ferro”. Em 1905 aparece como “E. F. P. A. U” (Estrada de Ferro Porto Alegre Uruguaiana) e a partir de 1906 até 1913 “VFRGS” (Viação Férrea do Rio Grande do Sul). Isso está relacionado a concessão das estradas e aos convênios entre a ferrovia e o governo federal, os quais veremos mais adiante. Entretanto, optamos por padronizar essa classificação como “VFRGS”, por se tratar da denominação mais recorrente.

## 5.1 Brigada Militar

A Brigada Militar (BM) foi criada no período republicano<sup>143</sup>, em 1892, nas vésperas da eclosão de um dos maiores conflitos armados do estado, entre castilhistas e a oposição, a “Revolução Federalista”. Seu regulamento de 22 de outubro daquele ano previa “zelar pela segurança pública, manutenção [sic] da República e do governo do estado, fazendo respeitar a ordem e executar as leis” (MARIANTE, 1972, p. 118 *apud* MUACH, 2011, p. 40). Segundo Claudia Muach (2011), a Brigada iniciou com mais de mil homens, divididos entre batalhões de infantaria, regimento de infantaria e corpos de reserva, possuindo em 1895 cerca de sete a oito mil homens, incluindo-se praças provisórios e guardas municipais. Em 1896 teve suas competências melhor circunscritas, sendo “definida enquanto força pública, que unicamente desempenharia funções policiais sob requisição de autoridades competentes” (MUACH, 2011, p. 39).

A atuação da BM era a nível estadual e em Santa Maria, segundo Romeu Beltrão (2013, p. 1892), em 10 de novembro de 1892 foi organizado o 1º Regimento de Cavalaria da Brigada Militar. Quando foi fundado o Hospital de Caridade, a atuação dessa força policial já estava consolidada na cidade, com a presença de um expressivo número de praças. Inclusive, como já dissemos, o governo estadual dispendeu uma subvenção para custear seus atendimentos naquela instituição. Entre 1903 e 1913 foram registradas 1117 hospitalizações com as classificações “Brigada Militar” e/ou “Militares”. A partir desses números, analisaremos suas doenças e brevemente de seu perfil demográfico.

### 5.1.1 Perfil demográfico dos hospitalizados da Brigada Militar

Diferentemente do perfil da pobreza, entre os militares as características são menos variáveis. A começar pelo sexo, na totalidade eram homens. As idades variavam entre 15 e

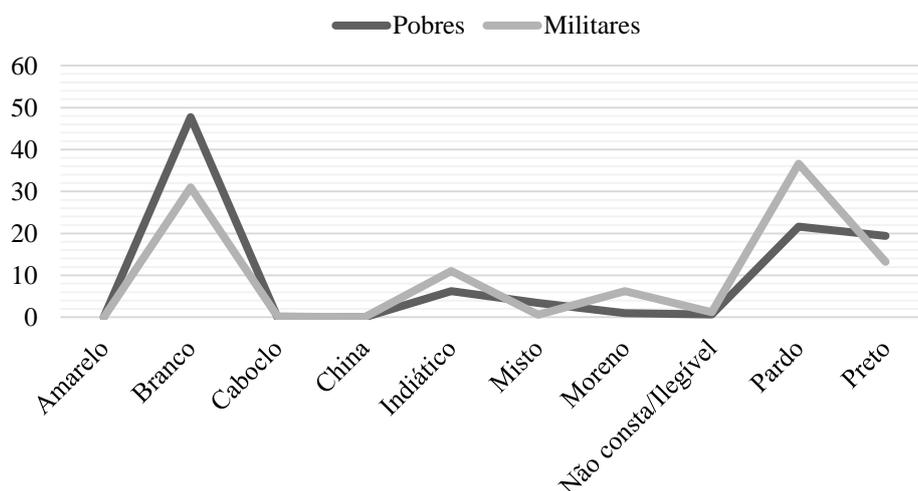
---

<sup>143</sup> Sobre a organização da força policial anterior a Brigada Militar, Claudia Muach explica que “no Império, a força pública provincial foi instruída em 1837, com 363 praças e tomou o nome de Corpo Policial. Em 1873, foi reorganizada e passou a chamar-se Força Policial, tendo recebido regulamento em 1882 e depois outra reorganização em 1888, quando se tornou um efetivo de 831 praças distribuídas em 57 seções fixas e uma móvel. Depois da Proclamação da República, em dezembro de 1889 essa Força Policial foi extinta e criada a Guarda Cívica do Estado” (MUACH, 2011, p. 38 *apud* RÖHRIG, Oldemar. Repertório da legislação rio-grandense: no período de 15-11-1889 a 15-6-1925. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’A Federação, 1925, p. 111).

50 anos, concentrando a maior proporção, 61,1%, entre 21 a 30 anos; seguidas por 30,1% entre 15 e 20 anos, 6,9% entre 31 e 40 anos e apenas 1,1% tinham mais de 40 anos<sup>144</sup>. Na variável “estado” temos a extrema maioria, 92,6%, ou seja, mais de 1000 solteiros, apenas 6,4% casados e 0,4% viúvos. Diferentemente dos pobres, em que havia uma distinção maior, ainda que os solteiros predominassem com 73%, tínhamos 19,7% casados e 6% viúvos<sup>145</sup>. Esses dados refletem também os índices para o estado do Rio Grande do Sul, segundo o censo de 1890, mais próximo do nosso recorte a apresentar esses dados, 73,5% da população era solteira, 23,48% casada e 2,87% viúva (FEE, 1981, p. 93). O elevado número de solteiros também diz respeito ao fato de que na época o concubinato era muito mais frequente do que o casamento, muitos poderiam viver amasiados, mas não regulamentavam sua situação perante a lei, por questões culturais e, além disso, pelo alto custo.

Outra característica dos militares atendidos no Hospital de Caridade diz respeito a cor: 31,1% eram brancos, os demais dividiam-se entre 36,6% pardos, 13,2% pretos, 11% indiáticos, 6,2% morenos, 0,6% mistos e 0,2% cabocla. Comparando com a cor dos pobres, percebemos uma variação maior entre a população não branca, conforme veremos no gráfico a seguir.

**Gráfico 12 - Cor dos pobres e militares (%)**



Entre os militares, notamos picos maiores, comparado aos pobres, nas cores indiática, morena e parda. Entre os pretos, a variação é pequena, 19,4% entre os pobres e 13,2% entre os militares. A grande diferença, em comparação, é o baixo percentual de brancos no grupo

<sup>144</sup> Dados retirados do banco de dados do Livro de Registros de Entrada de Pacientes do HCSM.

<sup>145</sup> Quando a soma dessas variáveis não totaliza 100%, o restante trata-se dos “não consta ou ilegível”, que neste caso representam 1,3%.

militar. Há algumas cores, como amarelo, caboclo e china que apenas são mencionadas entre os pobres.

É preciso problematizar a respeito dessa variedade de nomenclaturas. A historiadora Hebe Mattos (2013, p. 361), ao tratar da questão das designações de cor no século XIX, apontou que elas caracterizam um lugar social e não a tonalidade da pele. Dessa forma, o “branco” seria o naturalmente livre, enquanto o “preto” seria sinônimo de africano, crioulo ou escravo, e o “pardo” qualificaria os nascidos livres ou aqueles que adquiriram liberdade. No período de nossa análise, primeiros anos do século XX, Mattos afirma que essas denominações ainda são válidas, devido à proximidade ao contexto do pós-abolição, em 1888, e a lembrança do cativo. Entretanto, quando olhamos especificamente para os militares, os quais possuem idades, principalmente, na faixa dos 15 a 30 anos, estamos falando de uma boa parte de indivíduos que, entre 1903 e 1913, já nasceram após o final do período escravista. Contrariamente, aos casos de pobres pretos com mais de 70 anos que identificamos no capítulo anterior como possíveis ex-escravos, entre os funcionários da Brigada Militar essa caracterização não pode ser aplicada sem que sejam levados em considerações outros fatores, como a opinião pessoal daqueles que preenchiam os livros de registros de entrada de pacientes do hospital.

Acompanhando alguns casos individuais de militares que foram hospitalizados mais de uma vez, notamos que, em boa parte das vezes, cada vez que adentravam as enfermarias eram classificados com uma cor diferente. As principais variações estão entre o “misto” e “moreno”, “pardo e preto”, “pardo e indiático”. Vejamos alguns casos. Manuel Flores d’Oliveira, cuja primeira internação foi em 31 de janeiro de 1908, foi denominado “moreno”, nas duas vezes seguintes, 16 de março e 11 de maio, continuou com a mesma cor; já em 15 de junho, foi declarado “branco”, em 15 de julho voltou a ser “moreno” e na última hospitalização daquele mesmo ano, em 14 de setembro, foi descrito como “pardo”. João Antônio Silva Filho, em sua primeira entrada no hospital, em 4 de janeiro de 1908, foi caracterizado como “branco”, em 27 de fevereiro como “indiático”, já em 28 de março foi registrada a cor “parda”, em 3 de novembro novamente “indiático” e nas duas últimas vezes, 21 de novembro e 12 de dezembro, “branco”. Julio do Prado, foi hospitalizado em anos diferentes, 1905, 1907 e 1908 e sua cor variou de “branco”, para “moreno”, “pardo” e novamente “branco”. Carolino Augusto Pires, nas suas cinco internações entre 1907 e 1908, variou entre “preto” e “pardo”. José Luiz Francisco, em cinco entradas no hospital em 1908, duas vezes apareceu como “branco”, uma vez “caboclo” e duas vezes “indiático”.

Poderíamos descrever mais inúmeras ocorrências, mas focamos nessas cinco, as quais todas se referem a “Brigada Militar”. Conseguimos identificar como sendo, possivelmente, a mesma pessoa devido as características se repetirem, além do nome, idade, residência, profissão e origem. Os registros de Manuel Flores d’Oliveira, João Antônio da Silva Filho, Carolino Augusto Pires e José Luiz Francisco, todos em 1908, apresentam a mesma grafia, indicando que, provavelmente, foi a mesma pessoa que realizou. Ou seja, o que levaria aqueles homens a possuírem designações de cor tão variáveis? Nos parece que essas caracterizações não se relacionavam a posição social, como indica Hebe Mattos, afinal nem a profissão alteravam, mas talvez diga respeito a algo mais subjetivo como a opinião do escrivão no momento do registro. Logo, isso torna a análise sobre o significado da cor a partir dessa documentação do hospital um pouco mais dificultada, sendo uma variante complexa. Seria necessário cruzarmos esses dados com outros tipos de fontes, como processos crime, por exemplo, observando nominalmente os indivíduos a fim de percebermos qual seria mesmo a cor mais indicada. Como fugiria muito das nossas possibilidades dentro do prazo desta tese, abrimos este caminho para futuras pesquisas.

Identificamos apenas um caso, em 1908, de Astrogildo da Costa e Silva, em que a designação da cor varia também conforme a profissão. Em 10 de janeiro, com 15 anos, e solteiro, residente em Santa Maria, foi registrado como “branco” e da “Brigada Militar”. Já em 10 de setembro do mesmo ano, agora com 16 anos, aparece como “moreno” e de profissão “operário”. Poderíamos supor que o fato de ser militar lhe daria mais status social, comparado ao operário, e que por isso fora caracterizado como branco. Essa é uma hipótese que devemos considerar, entretanto, neste caso, como percebemos no gráfico da cor, comparada a soma das demais nomenclaturas, os militares brancos eram minoria, não podendo, portanto, fazer a relação entre possuir este ofício e ele lhes designar uma cor específica. Ainda assim, dialogando com as pesquisas de Oliveira (2016), percebemos que a designação da cor para os praças da Brigada Militar pode indicar uma referência ao significado daquela instituição para a região de Santa Maria, enquanto um espaço de trabalho e mobilidade social para a população de descendentes dos egressos da escravidão.

Sobre a origem e residência dos militares, entre as 1117 hospitalizações, temos uma extrema maioria de nacionais, com 1097 registros como “deste estado” e 1080 residiam em Santa Maria. Esses dados indicam que se tratavam de indivíduos que atuavam na cidade e, além disso, que o corpo policial era composto por homens locais.

As doenças infecto-parasitárias somam o principal diagnóstico que levou os militares ao hospital, sendo, entre elas, a sífilis a doença mais recorrente<sup>146</sup>. Só ela representou 12%, entre as mais de 80 doenças descritas. Na tabela a seguir veremos as 10 principais.

**Tabela 6 - Principais doenças entre os militares (1903-1913)**

Diagnóstico:	Total:	%
1. Gripe	190	17
2. Sífilis	133	12
3. Gonorreia	54	4,8
4. Sarna	41	3,7
5. Tuberculose	32	2,9
6. Reumatismo	31	2,8
7. Bronquite	27	2,4
8. Adenite	25	2,2
9. Cancro venéreo	24	2,1
10. Nevralgia	20	1,8
Total:	577	51,7

A proporção maior não aparece na tabela, porque trata-se de 28,5%, ou 319 casos em que ou o diagnóstico está ausente ou ilegível. Ainda assim, as dez principais doenças representam mais da metade das causas diagnosticadas no hospital.

Entre as enfermidades da tabela 06, é forte a presença das doenças venéreas. A gonorreia e o cancro venéreo podem ser confundidos com a sífilis. Entre fins do século XIX e início do século XX, os médicos acreditavam que a trajetória da sífilis ocorria entre três e quatro fases. Na primeira, “se manifestava através do *cancro*, ulceração resultante da inoculação ou contato sífilítico” (CARRARA, 1996, p. 38). Na segunda, em sua fase mais dermatológica, em alguns meses, instalava-se a sífilis secundária, marcada por feridas e ulcerações altamente contagiosas nas amídalas, boca ou genitais. O terceiro estágio da doença podia transcorrer meses ou até mesmo anos depois da anterior, era o momento mais profundo, em que podia atingir órgãos vitais, como o cérebro, sistema nervoso, pulmão, fígado, rins, baço e os olhos. Sérgio Carrara (1996, p. 39) considera que “ela se apresentava praticamente como espécie de princípio etiológico geral. Não se tratava mais de uma doença, mas de um princípio gerador de doenças”. Dito isto, quando identificamos números expressivos de diagnósticos relacionados a sífilis, mas também outros que podem ser

<sup>146</sup> Juntamente com a sífilis, agrupamos na tabela os diagnósticos referentes a “reumatismo sífilítico”, por se tratar de uma consequência direta da doença.

consequência dela, como o reumatismo, por exemplo, não conseguimos precisar sua exata abrangência dentro do hospital.

Embora a sífilis agisse de maneira indiscriminada entre todas as classes sociais e climas, alguns grupos foram mais atingidos, de acordo com Carrara (1996), como os imigrantes, as prostitutas, militares e domésticas. O alto índice de contaminação entre os militares, desde a Guerra do Paraguai – marco considerado por Sérgio Carrara da difusão da sífilis entre essa categoria profissional – também colaborava para a disseminação da doença entre as domésticas, esposas ou amasias dos soldados, e entre as prostitutas. Os sífilíticos do Hospital de Caridade, que correspondem a 364 hospitalizações, concentram 51% entre os pobres (principalmente com profissão “trabalhador”, “operário”, “jornaleiro” e “doméstica”), 32% entre os militares, 14% representam os empregados da estrada de ferro e 4% dividiam-se entre as outras classificações “particular”, “exército” e “guarda municipal”.

Destacamos, ainda, a presença da sarna, correspondendo a uma proporção maior que a tuberculose, por exemplo, principal causa de hospitalização entre os pobres. Ela está relacionada às más condições de trabalho e a insalubridade das casernas.

A doença mais recorrente entre os militares foi a gripe. Além disso, entre todas as classificações de enfermos, os soldados foram os que mais griparam. Associamos isso ao fato de ser uma doença altamente contagiosa, embora não seja grave – não houve nenhum caso de morte no hospital. As aglomerações dentro da corporação, as condições das casernas e a exposição frequente ao contato com a população também são elementos que colaboram à contaminação. Nesses casos, o tempo de internação era curto, geralmente, não ultrapassavam duas semanas. Alguns indivíduos permaneceram mais de 40 dias com esse diagnóstico, porém, possivelmente, era apenas mais um agravamento de um histórico clínico. Foi o caso de Florencio José d’Oliveira, de 21 anos, natural do Rio Grande do Sul e residente em Santa Maria, que na sua 3ª internação foi identificado com gripe e permaneceu 48 dias hospitalizado<sup>147</sup>. Porém, na primeira vez não consta seu diagnóstico e na segunda ficou 7 dias internado com reumatismo, recebendo alta “curado”<sup>148</sup>.

A respeito da movimentação dos militares: 82,4%, 920, saíram curados; 6,6%, 74, melhorando e 2,4%, 27, a pedido. Há uma baixa proporção de casos em que foram

---

<sup>147</sup> HCSM, 08 de março de 1908, livro 01, p. 42.

<sup>148</sup> HCSM, 30 de janeiro de 1908, livro 01, p. 41.

transferidos ou fugiram. O baixo índice de mortalidade aponta o hospital como uma solução paliativa para o rápido estabelecimento do militar, afinal, permanecer internado significava perder uma força de trabalho, além de estar lá às custas do governo.

## 5.2 Ferroviários

Constantemente, no decorrer desta tese, mencionamos a importância da ferrovia no interior do Rio Grande do Sul. O quanto sua instalação representou um significativo aumento populacional e crescimento urbano pelas cidades por onde passava, especialmente no caso de Santa Maria. Também destacamos a presença ou a criação de hospitais ao longo da via, traçando uma relação estreita entre a expansão das estradas de ferro e a interiorização da assistência à saúde no Brasil.

Especialmente, no segundo capítulo, quando discorremos sobre os financiamentos arrecadados para a construção e funcionamento do Hospital de Caridade, apresentamos a Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fèr au Brésil. Maior empresa privada do setor ferroviário gaúcho, atuando entre 1898 e 1920, expandindo os trilhos de leste a oeste do estado e interligando-o ao centro do país. A empresa belga encampou, em 1905, a Compagnie des Chemins de Fer Sud-Ouest Brésiliens, que desde 1890<sup>149</sup> possuía a concessão para construir a estrada de ferro que ligaria Santa Maria até Itararé, São Paulo, sendo uma das maiores linhas a integrar o sul ao sudeste do país. Essa fusão fazia parte da unificação completa da rede ferroviária no Rio Grande do Sul, em 1905, através do surgimento da Viação Férrea do Rio Grande do Sul (VFRGS), “uma concessão pública administrada por empresa constituída por capitais privados [a belga Compagnie Auxiliaire]” (FLÔRES, 2007, p. 107).

A ferrovia rio-grandense foi formada, principalmente, por três linhas tronco “Porto Alegre-Uruguaiana”, “Rio Grande-Bagé” e “Santa Maria-Marcelino Ramos”, das quais desmembraram-se vários ramais, como veremos na figura a seguir. As três possuíam “a nítida função de proteção das fronteiras e ligação aos portos” (KERBER, 2017, p.28), através delas as tropas militares poderiam deslocar-se rápida e estrategicamente.

---

<sup>149</sup> Senado Federal. DECRETO N. 919 - DE 24 DE OUTUBRO DE 1890. Concede autorização à Compagnie des Chemins de Fer Sud-Ouest Brésiliens para funcionar. <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=390094&id=14445197&idBinario=15629468&mime=application/rt> acesso em 10 de fevereiro de 2019.

Figura 7 - Mapa das linhas férreas do Rio Grande do Sul em 1913



Fonte: Arquivo Nacional. Ref. BR\_RJANRIO\_F4\_0\_MAP\_0316

Destacamos na imagem as cidades dos três principais entroncamentos ferroviários, Porto Alegre, Uruguaiana, Santa Maria, Bagé, Rio Grande, Passo Fundo e Marcelino Ramos. Percebe-se o grande número de estações e ramais adjacentes a eles, demonstrando que, em 1913, o Rio Grande do Sul já estava praticamente, em sua totalidade, integrado internamente, aos países fronteiriços e ao sudeste do país.

A linha “Porto Alegre-Uruguaiana” interligava o estado de leste a oeste, sendo a estação mais central em Santa Maria. Em 1899, a sede da Compagnie Auxiliare foi transferida de Porto Alegre para Santa Maria, local onde já existia as oficinas da linha Porto Alegre-Uruguaiana<sup>150</sup>. Dessa forma, transformava a cidade no centro ferroviário do estado. Já a linha “Rio Grande-Bagé”, conectava o principal porto do Rio Grande do Sul à fronteira com o Uruguai. E, por fim, “Santa Maria-Marcelino Ramos”, era o trecho gaúcho da linha “Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande” (EFSPRG) que chegaria até Itararé, em São Paulo. Marcelino Ramos localiza-se no extremo norte, na divisa com o estado de Santa Catarina. Em 1910, foram concluídos os últimos trechos da EFSPRG, o que significou a completa ligação entre a capital gaúcha à capital paulista. “Quem quisesse viajar de São Paulo a Porto Alegre, num total de 2.152 quilômetros de ferrovia, teria que passar um mínimo de 72 horas/viagem, sem contar as paradas nas estações e as baldeações em Itararé, em União, e, Marcelino Ramos, e em Santa Maria” (THOMÉ, 1983, p. 66).

---

<sup>150</sup> Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, 1899, p. 344. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2266/>. Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

**Figura 8 - Estação da VFRGS em Santa Maria no início do século XX<sup>151</sup>**



A construção dessas linhas movimentou milhares de trabalhadores por todo estado, especialmente em Santa Maria, que era o núcleo das ferrovias no Rio Grande do Sul, atraindo para si ainda mais trabalhadores, tanto da construção, quanto das oficinas e escritórios da Compagnie. Na figura 08 conseguimos visualizar a intensa movimentação na estação central da ferrovia em Santa Maria. As atenções da cidade se voltavam àquela estação e a sua estrutura urbana foi completamente afetada a partir disso. O núcleo de povoamento, antes concentrado aos arredores da Praça da Matriz (ver anexo 02) e das ruas do Acampamento e do Comércio; a partir da chegada da ferrovia, em 1885, cresceu em direção ao norte da Avenida Progresso, ligação entre a Praça da Matriz e a Estação Central. Nos seus arredores foram abertas novas ruas, construídos hotéis e casas comerciais. Segundo João Rodolpho Flôres (2007), entre 1903 e 1907, a empresa belga edificou um conjunto de 84 casas, conhecida como “Vila Belga”, para abrigar, sobretudo, os dirigentes e pessoal especializado da Compagnie. “Ali residiam o agente da estação, telegrafistas, maquinistas, conferentes, guarda-freios, pessoal de apoio e os diretores administrativos da empresa” (FLÔRES, 2007, p. 183). Já os demais trabalhadores assalariados, vindos das mais diversas regiões do Rio Grande do Sul, ocuparam as áreas próximas a ferrovia, fazendo surgir bairros e vilas predominantemente operárias.

---

<sup>151</sup> Imagem retirada da Revista Comemorativa do Centenário de Santa Maria, em 1914, p. 87. Como a revista foi publicada em 1914, inferimos que essa foto é desse mesmo período, dos primeiros anos do século XX.

A área norte de Santa Maria foi sendo ocupada por assalariados, tanto da ferrovia, como de indústrias. Franciele Oliveira (2016), estudando os trabalhadores negros da cidade, destacou a constituição da “Vila Brasil”, também chamada de “Vila Operária”. “Espaço de predominância negra e trabalhista da cidade” (OLIVEIRA, 2016, p. 76), era formado por operários da Viação, soldados da Brigada Militar e operários negros. Nos interessa identificar a composição urbana de Santa Maria a partir da ferrovia, entretanto, não podemos deixar de mencionar o fato de militares e ferroviários coabitarem a mesma região. Exatamente os dois grupos que estamos analisando nesse capítulo, os quais, embora não fossem classificados como pobres pelo hospital, faziam parte do grupo de trabalhadores pobres da cidade, diferenciando-se dos demais apenas porque possuíam emprego formal e tinham seus atendimentos custeados pelas instituições onde trabalhavam, o Estado, através da Brigada Militar, e a VFRGS.

### **5.2.1 A relação da VFRGS com o Hospital de Caridade de Santa Maria**

O fluxo contínuo e intenso de ferroviários na cidade provocou o interesse, em 1902, da Sociedade de Caridade do hospital que vislumbrava, através de um convênio com a Estrada, uma possibilidade de angariar a verba que faltava para o término da construção de seus prédios e, ao mesmo tempo, colaborar com a assistência aos trabalhadores. Por sua vez, a empresa belga, nesse momento, já havia criado a “Caixa de Socorro”, cujo objetivo “era custear as despesas de funeral e as despesas com medicamentos de seus associados ou de seus dependentes” (PEREZ, 1998, p. 91).

Após negociações entre médicos e empresários belgas, ficou acordado um empréstimo sob termos judiciais, que deveria ser pago anualmente pelo hospital e cujo juro de 5% seria pago pela Intendência, como já mencionamos no segundo capítulo. Entretanto, além do pagamento formal da dívida, o HCSM também se comprometeu com o atendimento aos ferroviários, que teriam a garantia de sua hospitalização, mesmo que pagando uma quantia estabelecida entre ambas as partes. Segundo o Relatório de 1904 do Hospital de Caridade, temos as seguintes determinações quanto a este convênio:

(...) 6º A farmácia do Hospital fornecerá aos doentes da Compagnie não hospitalizados os medicamentos prescritos pelos seus respectivos médicos(...) 7º Serão preparadas no Hospital ambulâncias providas de

drogas, objetos de curativo e o que mais for necessário para que os médicos da Compagnie possam atender às indicações urgentes sem recorrer a outras farmácias. 8º O Hospital receberá e tratará em suas enfermarias os doentes e feridos da Compagnie, até o limite máximo de 20 simultaneamente, fornecendo-lhes os cuidados médicos e cirúrgicos, alimentação, medicamentos, lavagem de roupas, objetos de curativos, assim como o pessoal do serviço. 9º Se por qualquer motivo o Hospital se vir impedido de fornecer aos doentes da Compagnie os cuidados médicos e cirúrgicos a que se refere o art. 8º, esta os mandará tratar no Hospital pelos seus médicos, que se conformarão com as leis e regulamentos da casa e funcionarão enquanto durar aquele impedimento. 10º O Hospital fará o enterro dos doentes da Compagnie que morrerem no estabelecimento. (...) 12º Pelos serviços mencionados nos artigos 6º, 7º, 8º e 10º do presente contrato, o Hospital receberá da Compagnie uma remuneração que será fixada anualmente em uma tabela de preços, organizada de comum acordo pelos diretores da Estrada e do Hospital, de modo a garantir a este último um lucro razoável<sup>152</sup>.

De acordo com o contrato assinado entre as partes, as hospitalizações de ferroviários poderiam ocorrer no hospital, desde que não ultrapassassem 20 simultaneamente. Caso isso ocorresse, poderiam os médicos da Compagnie atuar nas dependências do Hospital de Caridade para atender seus doentes. Isso nos indica que, embora com o contrato entre as partes estabelecido, a administração da ferrovia mantinha um sistema próprio de atendimento aos seus funcionários, independente do hospital.

Não encontramos relatórios da ferrovia para este período inicial do século XX, porém em uma reportagem no Jornal O'Estado, de circulação semanal em Santa Maria, percebemos indícios de que esse serviço de assistência próprio de fato ocorria. “Foi convidado e aceitou o cargo de médico da estrada de Porto Alegre-Uruguaiana o nosso distinto amigo dr. Nicolau Becker Pinto”<sup>153</sup>. Mais uma vez é a figura de Becker Pinto que se faz presente. Retomando brevemente, fora ele a peça chave à implementação do serviço de assistência pública no Hospital de Caridade. E agora, parece-nos que está novamente na intermediação de relações estabelecidas entre a instituição hospitalar e outros setores. Se no primeiro caso serviu como transmissor do plano de assistência já praticado em Porto Alegre; agora estava atuando como médico da Estrada de Ferro ao mesmo tempo que atendia no Hospital. Ou seja, essa conexão também facilitava o trânsito dos doentes. Afinal, seria a partir da indicação e avaliação prévia de Becker Pinto que o trabalhador ferroviário iria ou não ser encaminhado à hospitalização.

<sup>152</sup> HCSM. Relatório 1904, pp. 7-8.

<sup>153</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, nº 38. Santa Maria, 11 de maio de 1904.

Em 1905, ano seguinte ao início do trabalho de Becker Pinto na ferrovia, em uma nota, podemos confirmar ele continuava atuando como médico da Compagnie. “Seguiu para Passo Fundo, a serviço profissional, o nosso companheiro dr. Becker Pinto, médico da Estada”<sup>154</sup>. Dessa informação também podemos interpretar que o serviço de socorro que oferecia a estrada de ferro atendia conforme a demanda das necessidades. Essa viagem do médico a Passo Fundo, provavelmente, foi para atender algum empregado da estrada que estava em construção naquele município. Ou seja, a Compagnie preferia manter um médico próprio que lhe prestasse esse tipo de atendimento, do que gastar com a transferência de seus doentes para o hospital em Santa Maria. A isso também associamos à escassa presença de funcionários da estrada de ferro nos primeiros anos do Hospital de Caridade. O que nos chamou atenção, afinal, já existia o convênio. Para o ano de 1904, das 445 internações registradas no Livro de Entrada do hospital, apenas 13 foram classificadas como empregados da estrada de ferro.

O serviço prestado pelo hospital aos trabalhadores da ferrovia não excluía os serviços da Caixa de Socorro, eram complementares. A ferrovia continuou mantendo seus médicos próprios e custeando as despesas funerárias, exceto se o óbito ocorresse nas dependências do hospital. O fornecimento de medicamentos que antes eram adquiridos separadamente, a partir de então seriam fornecidos pela farmácia da instituição. Não consta no contrato cláusulas referentes a prestação de assistência aos dependentes dos ferroviários, entretanto, a partir do Livro de Registro de entrada de pacientes, notamos a presença de algumas mulheres e crianças custeadas pela empresa. A seguir, trataremos com atenção de quem eram esses indivíduos cujas hospitalizações eram classificadas como “VFRGS”. Antes disso, apresentaremos alguns dados sobre o funcionamento da ferrovia no Rio Grande do Sul.

\* \* \*

Acompanhando os relatórios do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas<sup>155</sup>, é possível mapear os ramais ferroviários brasileiros, através de dados como a extensão da linha, receita anual, número de passageiros, animais e mercadorias transportadas, tipos de trens utilizados, obras de manutenção e ampliação da rede, entre outros. Como nosso objetivo é analisar a assistência prestada aos trabalhadores da Estrada, não nos deteremos profundamente nesses dados. Entretanto, eles são necessários para cruzarmos as informações

---

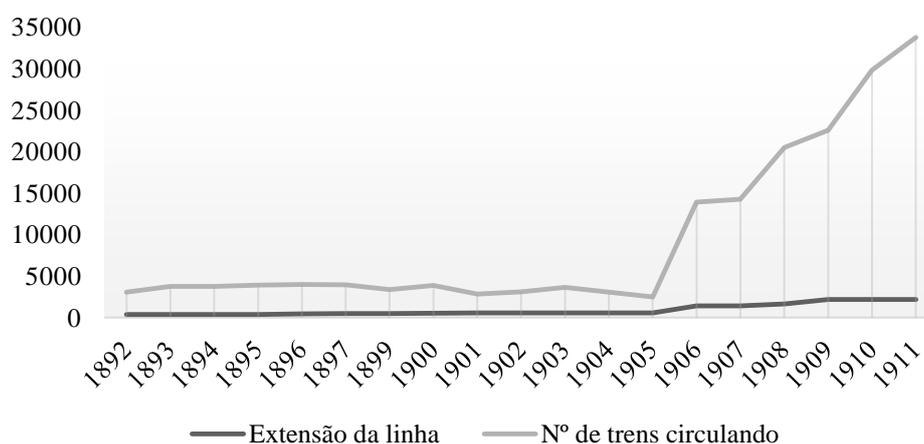
<sup>154</sup> AHMSM. Jornal “O Estado”, nº 61. Santa Maria, 09 de agosto de 1905.

<sup>155</sup> Os relatórios possuem acesso aberto em: [http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio\\_grande\\_do\\_sul](http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_grande_do_sul)

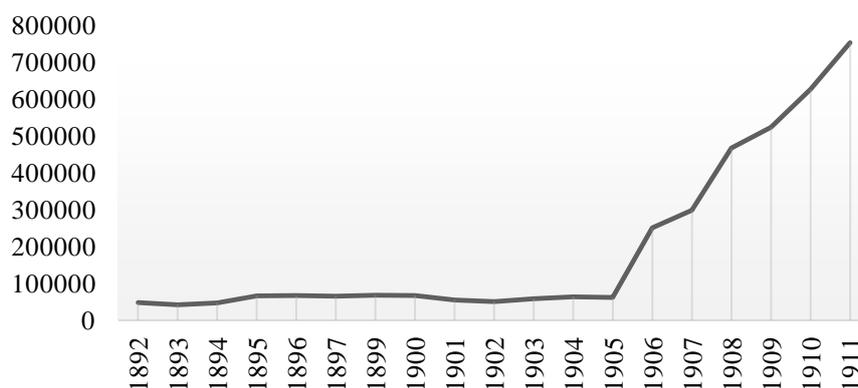
com os registros do hospital, porque percebemos, por exemplo, que as obras na ferrovia possuem relação direta com o número de hospitalizações.

A Estrada de Ferro Porto Alegre – Uruguaiana, inicialmente administrada pela Compagnie Auxiliaire, posteriormente, em 1905, passou a unificação da rede, através da Viação Férrea do Rio Grande do Sul. Nos gráficos que a seguir, acompanhamos a movimentação desta linha, em termos de extensão, número de trens circulando e número de passageiros transportados. O recorte temporal dos gráficos 13 e 14, entre 1892 e 1911, ocorreu porque foram nos relatórios referentes a estes anos que encontramos todas as informações completas, sendo possível serializá-las.

**Gráfico 13 - Extensão da linha ferroviária e número de trens circulando no RS<sup>156</sup>**



**Gráfico 14 - Número de passageiros da ferrovia no RS (1892-1911)<sup>157</sup>**



<sup>156</sup> Fonte: Relatórios do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, entre 1892 e 1911, disponíveis em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2260/> até <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2281/> acesso em 11 de fevereiro de 2019.

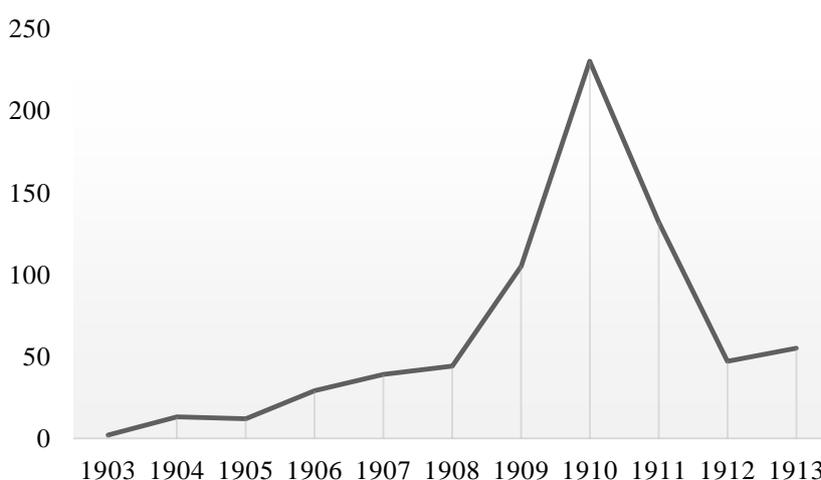
<sup>157</sup> Fonte: Idem.

É notável, em ambos os gráficos, o pico de crescimento da linha a partir de 1906, após a unificação dos ramais. Naquele ano, somou-se a “Porto Alegre-Uruguaiana”, os ramais “Rio Grande a Bagé” e “Santa Maria a Passo Fundo”<sup>158</sup>. Em 1908, acrescentou-se a linha “Porto Alegre-Taquara” e em 1909 “Margem a Neustadt”, “Montenegro a Caxias”, “Saycan a Sant’Anna do Livramento” e “Passo Fundo ao Uruguay”<sup>159</sup>.

Com a construção e anexação das novas rotas à VFRGS, entre 1905 e 1911, temos um fluxo que varia na casa dos 60 e 70 mil passageiros transportados ao ano. O número de trens, que até 1905, só a linha “Porto Alegre-Uruguaiana”, variava entre 3079, em 1892, e 3062, em 1904; após a união com os demais ramais, chega a 33731 trens mistos circulando, ou seja, aqueles que transportavam mercadorias e pessoas. Se antes a Compagnie Auxiliaire precisava dar conta de apenas um ramal, com uma movimentação menor, após a implementação da VFRGS, a empresa belga aumenta suas responsabilidades em quase dez vezes mais.

O número de empregados, embora não tenhamos informações sobre a quantidade, certamente aumentou e os serviços necessários ao cuidado com esses trabalhadores também. Sobretudo no período de construção de novos trechos da estrada, o fluxo de empregados da ferrovia, necessitando de hospitalizações, aumenta significativamente.

**Gráfico 15 - Número de hospitalizações classificadas como “VFRGS” no HCSM (1903-1913)**



<sup>158</sup> Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, 1907, p. 419. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2274/> Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

<sup>159</sup> Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, 1910, p. 262. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2280/> Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

O relatório de 1900, traz informações detalhadas sobre o ramal “Porto Alegre-Uruguaiana”. Na sua totalidade, possuía 27 estações. Sendo a distância entre Porto Alegre e Santa Maria 327,167km, percorrendo 16 paragens. Os trens para viajantes percorriam a distância a 30km/h, os mistos a 23km/h e os trens para mercadorias, mais pesados, a 21,5km/h. Assim, uma viagem da estação inicial, Porto Alegre, até a final, São Gabriel, demorava 2 dias para ser concluída, sendo a estação de Santa Maria o local de pernoitar. Havia trens diários da capital para o interior e vice-versa<sup>160</sup>.

Além desse fluxo diário de passageiros, que demonstra o quanto a cidade era movimentada pela ferrovia, o Hospital de Caridade também era diretamente afetado. Como vemos no gráfico 13 e já discorreremos sobre o convênio firmado entre a instituição e a empresa belga, os trabalhadores que necessitassem de auxílio seriam lá recebidos. Nos primeiros anos do seu funcionamento, o número de internações classificadas como “VFRGS” era baixo. Porém, esse quadro se inverte a partir da construção e ampliação da linha entre Santa Maria e Passo Fundo, norte do Estado, entre 1908 e 1910.

Astrogildo de Azevedo, em texto publicado na Revista do Centenário de Santa Maria, em 1914, mencionou que durante a construção da estrada que ligaria Santa Maria a São Paulo, a EFSPRG, o Hospital de Caridade ficou comprometido com o atendimento aos empregados da construção do trecho entre Passo Fundo e Marcelino Ramos. Também foram fornecidos medicamentos diretamente da farmácia do hospital. Além disso, três médicos da instituição prestavam socorros em Passo Fundo e, caso fosse necessária a hospitalização, os doentes seriam transferidos para Santa Maria. Astrogildo de Azevedo ainda afirma que, durante a construção da ponte sobre o rio Santa Maria, próximo a cidade de Cacequi, através de um convênio específico, o HCSM deslocou um médico plantonista para o local das obras, distribuiu medicamentos e realizou as internações necessárias (AZEVEDO, 1914, p. 59).

De acordo com Aline Kerber (2017), que estudou a ferrovia no norte do Rio Grande do Sul, em 1894 foi concluído o trecho entre Santa Maria e Cruz Alta e, em 1898, de Cruz Alta a Passo Fundo, da estrada que ligaria o centro do estado à São Paulo, a EFSPRG. Logo, integrando o norte à capital, com baldeação em Santa Maria. Porém, para conectar o interior do Rio Grande do Sul ao sudeste do Brasil, ainda era necessário finalizar o trecho entre Passo

---

<sup>160</sup> Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, 1900, pp. 428-440. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2267/> Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

Fundo e Marcelino Ramos. As obras ficaram paralisadas entre 1898 e 1907, retornando em 1907 e sendo finalizadas em 1910 (KERBER, 2017, pp. 33-35).

À vista disso, trata-se dessa construção quando, nos parágrafos anteriores, descrevemos a parceria do Hospital de Caridade e da ferrovia atuado em Passo Fundo. Retomando ao gráfico 15, notamos que exatamente entre 1909 e 1910 temos o auge do número de hospitalizações, com 105 e 232, respectivamente. Seguido por 1911, com 132 registros. Durante todo período analisado (1903-1913), houveram 710 internações sob a classificação “VFRGS”. Logo, esses três anos concentram mais da metade delas.

No Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas de 1910, na sessão sobre a VFRGS, há menção aos gastos daquele ano com a construção da ponte sobre o Rio Santa Maria<sup>161</sup>. Já no livro de registros do Hospital de Caridade, no campo observações, consta em 1909, 1910 e 1911 as menções “VFRGS construção” e “VFRGS Ponte Santa Maria”. Dessa maneira, observamos a efetivação desses dois convênios específicos firmados para o atendimento aos trabalhadores ferroviários.

Uma reportagem do jornal “A Federação” elucida a relação entre a construção da estrada, o atendimento a trabalhadores e o funcionamento do hospital. Em 30 de março de 1910 encontramos a notícia de um grave acidente durante a construção da EFSPRG. Um trem, com seis vagões abertos, que levava cerca de 40 trabalhadores, dormentes e ferramentas com destino à “ponta dos trilhos”, ficou em pedaços após uma “chispa” da locomotiva cair e atingir caixas de dinamite e querosene. Altamente inflamável, a explosão ocasionou a morte de 3 pessoas e 8 ficaram feridas. Destes, 4 foram atendidos em Passo Fundo e os outros 4 foram removidos ao Hospital de Caridade de Santa Maria, sendo todos trabalhadores da Estrada<sup>162</sup>. Como o jornal apresenta o nome de cada um, conseguimos encontra-los nos registros do hospital. Angelino da Silva, José Cruz, Liberato Jacques e Candido dos Santos (que no livro de entradas está registrado como “Candinho”). Segundo “A Federação”, o acidente ocorrera em 25 de março de 1910, mesma data que eles aparecem no hospital. Três deles foram diagnosticados com “ferimentos na Estrada de Ferro”, porém Candinho está descrito com “contusão cerebral”, possivelmente o jornal referia-se a ele quando aponta que um dos feridos está em “estado gravíssimo”. Ele também foi o que

---

<sup>161</sup> Relatório do Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas, 1910, p. 265. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2280/000274.html> Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

<sup>162</sup> BN. Hemeroteca Digital. Jornal “A Federação”, Porto Alegre, 30 de março de 1910. Edição 00074.

permaneceu mais tempo, sua alta deu-se em 19 de setembro de 1910, ou seja, cinco meses após o acidente. Os demais não ultrapassaram 10 dias hospitalizados.

Destacamos também a respeito do financiamento e dos médicos responsáveis pelo tratamento. Angelino, José e Candinho estão classificados como “VFRGS”, ou seja, foi a Viação Férrea quem pagou suas internações, mesmo daquele que ficou por cinco meses. Os três foram atendidos por Becker Pinto, médico da ferrovia e do hospital, indicando, possivelmente, sua responsabilidade em prestar socorro aos trabalhadores da estrada. Porém, Liberato Jacques está classificado como “particular” e fora atendido por Astrogildo de Azevedo. Ao final da nota no jornal, está descrito que “o sr. Liberato Jacques que ficou ferido em um pé, é cunhado do nosso amigo Ignácio Vale Machado e está passando bem”<sup>163</sup>. Ignácio Vale Machado, por sua vez, era filho de Francisco de Abreu Vale Machado, que fora Intendente de Santa Maria (1892-1900) e presidente da Sociedade de Caridade que deu origem ao hospital. Além disso, segundo Alexandre Karsburg (2007), Vale Machado fora um dos mais destacados políticos e personagens do Partido Republicano Rio-Grandense em Santa Maria.

Para compreendermos o atendimento especial prestado a Liberato, basta lembrarmos das redes sociais que envolviam a instituição de saúde e da participação ativa de Astrogildo como médico, diretor do hospital e membro do PRR na região. Ou seja, embora fosse empregado da estrada, não era qualquer indivíduo. Membro de uma família de políticos que possuíam relações estreitas com os médicos, fora hospitalizado com as regalias de I Classe, que possuía uma sala particular<sup>164</sup>, isolada das demais enfermarias que recebiam pobres, militares e ferroviários. Embora a VFRGS pagasse pela hospitalização de seus trabalhadores e o Estado subvencionasse os militares, na prática, os únicos que recebiam tratamento diferenciado eram os doentes de I e II Classe. Além disso, esse caso nos mostra que as redes sociais também eram expressas através da seleção do público do hospital e do profissional que prestaria o socorro. Becker Pinto era o médico da ferrovia e atendera aos três indivíduos acidentados na estrada. Já Astrogildo, diretor do hospital, não socorrera a Liberato por ele ser um trabalhador, mas por se tratar do cunhado de Ignácio Vale Machado. Sua condição de empregado da estrada sequer é mencionada no Livro de Registros, só a conhecemos devido às informações trazidas pelo jornal. Talvez se não se tratasse de um acidente com

---

<sup>163</sup> Idem.

<sup>164</sup> ACMEC. Relatório Hospital de Caridade. 1904, p. 11.

gravidade, em que todos foram diretamente encaminhados ao hospital, Liberato nem teria sido hospitalizado, sendo atendido por um médico particular em sua residência, como era o caso de tantos outros empregados da estrada com postos mais destacados. Afirmamos isso porque o silêncio das fontes também deve ser interpretado, e cruzando o nome dos diretores e do alto escalão da VFRGS que residiam em Santa Maria, afinal era lá a sede dos escritórios, nunca encontramos o nome de nenhum deles. Será que nunca necessitaram de auxílio médico durante os dez anos que estudamos? Possivelmente possuíam outros meios, o atendimento domiciliar era recorrente na época, sobretudo referente àqueles que possuíam recursos para pagar.

Mais uma vez, refletimos sobre o público do hospital. Embora houvesse a opção “I e II classe”, esse tipo de classificação representa uma proporção muito pequena comparada as demais. Esse acidente e a remoção dos doentes à Santa Maria nos ajuda a perceber que, predominantemente, aquela instituição recebia trabalhadores pobres, fossem ferroviários, militares ou jornaleiros, por exemplo. Ou seja, indivíduos que não possuíam outros recursos para melhorar sua condição de saúde e acabavam recorrendo a ele como a opção mais viável.

A partir da análise do funcionamento, na prática, do convênio entre VFRGS e o hospital, além da identificação do local de trabalho de parte desses indivíduos que tinham suas internações custeadas pela ferrovia, a seguir discutiremos sobre seus perfis e outros motivos que os moviam até o hospital.

### **5.2.3 Perfil dos ferroviários hospitalizados**

Interpretando o hospital enquanto microcosmos da sociedade, a partir do registro dos doentes, temos uma amostra sobre quem eram os trabalhadores empregados pela ferrovia. A respeito do “sexo”, 95,8% eram homens e 4,2% mulheres. Relacionando essa variável com a “idade”, notamos a presença de indivíduos que não eram trabalhadores da estrada.

**Tabela 7 - Idade dos hospitalizados classificados como “VFRGS”**

<b>Idades:</b>	<b>Nº de atendimentos</b>	<b>%</b>
5 a 11	6	0,8
15 a 20	147	20,8
21 a 30	326	45,9
31 a 40	127	17,8
41 a 50	72	10,2
51 até 83	24	3,4
Não consta	8	1,1
Total:	710	100

Embora seja ínfima a presença de menores de 11 anos nessa categoria, é preciso chamar atenção a sua existência. No acordo entre a ferrovia e o hospital não há menção a hospitalização de filhos de trabalhadores, entretanto, o fato de existir crianças nessa faixa etária demonstra que em casos excepcionais eles foram atendidos. Poderiam também ser passageiros, que por motivo de acidente na via, foram encaminhados ao hospital. O mesmo pode ser válido às mulheres. Afinal, conforme observamos em vários anúncios dos jornais locais, era recorrente a prática de, após um acidente, os feridos serem conduzidos para atendimento em Santa Maria. Como ocorrera em 1909, quando um trem de carga atropelou um homem que se encontrava na via. O indivíduo, identificado como Carpes, teve as pernas decepadas e foi encaminhado ao HCSM. Entretanto, não resistiu aos ferimentos<sup>165</sup>.

Voltando a questão das mulheres, entre os 29 registros, temos 11 identificadas na profissão como “empregada da estrada”, as demais aparecem como “domésticas”. Logo, as primeiras, provavelmente, prestavam algum serviço a ferrovia, como cozinheiras, lavadeiras; e as demais ou eram esposas de ferroviários e tinham suas hospitalizações custeadas através do convênio, ou era o caso de serem passageiras acidentadas.

Ainda sobre a tabela 07, notamos que a média de idade dos empregados da ferrovia concentrava-se entre 21 a 30 anos, a mesma faixa etária dos militares, demonstrando ser a idade ativa dos empregados formais do interior do Rio Grande do Sul.

Outro elemento que ajuda a compor o perfil dos trabalhadores da ferrovia, diz respeito a residência.

<sup>165</sup> BN. Hemeroteca Digital. Jornal “A Federação”, Porto Alegre, 04 de abril de 1909, p. 4.

**Tabela 8 - Residência dos hospitalizados classificados como “VFRGS”**

<b>Residência:</b>	<b>Nº de atendimentos</b>	<b>%</b>
Passo Fundo	254	35,7
Santa Maria	226	31,9
Ponte Santa Maria	57	8,1
Cacequi	17	2,4
São Pedro	9	1,3
Sant’Anna do Livramento	8	1,1
Alegrete	8	1,1
Não consta/Ilegível	32	4,5
Outras	99	14
Total	710	100

Destacamos na tabela 08 apenas as cidades que aparecem com mais de 1% entre a residência dos ferroviários hospitalizados. Entretanto, aparecem 62 diferentes municípios e/ou estações do Rio Grande do Sul. Embora muitas representem um ou dois casos, é significativo apontar o fluxo desses trabalhadores em Santa Maria, demonstrando que, em certa medida, o Hospital de Caridade era uma referência à assistência à saúde dos empregados da ferrovia no interior do estado. Todas as cidades que aparecem na tabela equivalem a locais por onde a estrada passava ou estava em processo de construção, como Sant’Anna do Livramento, Cacequi e Passo Fundo, por exemplo.

Como as oficinas e a sede da VFRGS situavam-se em Santa Maria, isso indica que havia na cidade muitos trabalhadores do setor. Entretanto, a tabela 08 mostra que, em primeiro lugar com relação ao local de moradia está Passo Fundo. Isso nos leva a refletir três questões. A ausência de hospitais no norte do estado e a necessidade de enviar os doentes ao Hospital de Caridade de Santa Maria por ser o mais próximo. O Hospital de Caridade de Passo Fundo foi fundado apenas em 1914 (ROSA, 2007, p. 67). Outra questão diz respeito ao fato das hospitalizações acontecerem em função do convênio específico do hospital de Santa Maria com a construção do trecho entre Passo Fundo e Marcelino Ramos, associada à questão de que a edificação de uma estrada ocasionava muito mais acidentes de trabalho e expunha os trabalhadores a condições do clima, levando-os a adoecer. E o terceiro ponto diz respeito à existência da Caixa de Socorro e de médicos contratados pela estrada atuarem em Santa Maria, soluções paliativas e que sanavam problemas pontuais, evitando a transferência ao hospital. Mesmo porque, isso gerava um custo ainda maior à Viação, que era cobrada 3\$000 réis diários pela hospitalização de seus empregados. Valor bem abaixo dos 800 réis

estipulados aos soldados da Brigada Militar e semelhante a um doente particular, que variava entre 2\$, 3\$ e 5\$000 réis, dependendo dos “tipos de regalias de que deseja gozar”<sup>166</sup>.

Além da residência dos trabalhadores, a qual identificamos serem, predominantemente, de municípios em que a ferrovia estava em construção, também é relevante apontar a origem dessa mão-de-obra.

**Tabela 9 - Origem dos hospitalizados classificados como “VFRGS”**

<b>Origem:</b>	<b>Nº de atendimentos</b>	<b>%</b>
Nacionais	612	86,2
Itália	28	4,1
Espanha	15	2,1
Alemanha	11	1,6
Outros	44	6,2
Total	710	100

Embora nos registros apareçam 22 diferentes origens, ainda que algumas estejam descritas apenas como outros estados brasileiros, na tabela 09 colocamos somente as que representam mais de 1%. Entre os “nacionais”, estão aqueles que no livro de registros do hospital aparecem como “Deste Estado”. Poderiam ser somados a eles 6 casos de outros três estados brasileiros, Paraná, Santa Catarina e São Paulo, que são identificados como se fossem de outra nacionalidade. A exceção desses, os demais representam vários países da Europa e América do Sul, sobretudo, tais como: Argentina, Uruguai, Portugal, Polônia, Rússia, Áustria, França, Bélgica, entre outros. Pensando que esses trabalhadores eram, em sua maioria, das regiões norte e centro do Rio Grande do Sul, suas origens demonstram a variedade da imigração nessas áreas do estado. Ainda assim, a mão-de-obra nacional era predominante entre os trabalhadores da ferrovia.

Márcia Espig, ao estudar a construção da linha sul da Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande, apontou que os “aliciadores de mão-de-obra” recrutaram “mão-de-obra regional, nacional e de regiões coloniais” (ESPIG, 2012, p. 860). Destaca que, principalmente, pelo fato de que era interesse do governo colonizar as novas áreas da ferrovia, os trabalhadores imigrantes eram os mais incentivados. A autora encontrou indícios de que alguns imigrantes de áreas mais empobrecidas da Europa recebiam passagens para migrarem ao sul do Brasil com o objetivo de colonizar as zonas do caminho de ferro e

<sup>166</sup> Relatório Hospital de Caridade de Santa Maria. 1904, p. 15.

trabalharem na sua construção (ESPIG, 2012, p. 862). Relativo ao trecho gaúcho da EFSPRG, Espig afirma que a Compagnie Auxiliaire incentivou a instalação em suas terras de imigrantes judeus, na Colônia Filipson, trabalhar na construção.

Embora concordemos com a autora sobre a presença de imigrantes entre os empregados da ferrovia, conforme podemos perceber a partir da tabela da origem, eles não eram a maioria, ao contrário, representaram menos de 15%, ao menos nos registros do hospital. É necessário um estudo mais detalhado sobre o perfil de todos os trabalhadores da VFRGS para conseguirmos afirmar melhor a respeito disso. Porém, sendo uma porcentagem tão alta de nacionais presentes na documentação por nós analisada, podemos inferir que ao menos nos trechos entre o centro e o norte do Rio Grande do Sul, a presença de imigrantes nesse ofício era reduzida.

Por fim, após a identificação geral do perfil desses trabalhadores, nos deteremos a entender quais motivos os levaram à hospitalização em Santa Maria.

#### **5.2.4 Diagnósticos dos ferroviários atendidos no Hospital de Caridade de Santa Maria**

Como identificamos no item anterior, a maioria dos empregados da estrada de ferro que eram hospitalizados em Santa Maria não eram residentes naquele município. Passo Fundo, cidade que mais aparece nos registros, está distante, aproximadamente, 300km. Já apontamos que a ausência de hospitais no norte do Rio Grande do Sul era um fator relevante, assim, os doentes da construção do trecho entre Passo Fundo e Marcelino Ramos precisavam ser deslocados pelo menos 300km até chegar ao hospital mais próximo. Além disso, havia médicos plantonistas na cidade para atender a esses trabalhadores e apenas os casos mais graves eram transferidos. Mesmo assim, de acordo com a movimentação da “alta” do Hospital de Caridade, apenas 21, ou 3%, dos 708 atendimentos classificados como “VFRGS”, vieram a óbito. 65% foram “curados”, 11% saíram “melhorando”, 5% “a pedido” e, aproximadamente, 16% não consta<sup>167</sup>.

---

<sup>167</sup> Dados extraídos do Livro de Registro de Entrada de Pacientes do Hospital de Caridade de Santa Maria.

**Tabela 10 - Diagnóstico dos classificados como “VFRGS” no HCSM (1903-1913)**

<b>Diagnóstico:</b>	<b>Total:</b>	<b>%</b>
1. Lesões e fraturas	106	20,1
2. Gripe	88	16,8
3. Sífilis	43	8,2
4. Reumatismo	32	6,1
5. Tuberculose	25	4,8
6. Febre tifoide	16	3,0
7. Adenite	12	2,3
8. Ferimento por arma de fogo	10	1,9
9. Artrite	10	1,9
10. Bronquite	8	1,5
Total:	350	66,6

Nesta tabela excluimos os 182 diagnósticos “não consta ou ilegível”, assim entre os 710 casos de empregados da ferrovia, temos 527 possíveis de serem identificados, entre 85 diferentes diagnósticos. Desses, 350 correspondem as dez doenças mais frequentes, perfazendo 66,6%. As lesões e fraturas se destacam como a principal causa de hospitalizações, entre as descrições desses diagnósticos aparecem lesões nos mais diversos locais: pés, cabeça, braços, pernas. Isso nos indica que, na maioria das vezes, foram os acidentes de trabalho que levaram esses indivíduos ao hospital, necessitando, em alguns momentos, de cirurgia para amputação ou reparação de membros. Outras doenças que se relacionam às condições de trabalho, são o reumatismo e a artrite, que também aparecem entre as principais causas de atendimentos. A forte dor ou rigidez nas articulações, embora não tenha uma única causa específica, resulta do desgaste articular, que pode ter correspondência com traumatismos e movimentos repetitivos. Logo, operários, sobretudo da construção, que trabalham diariamente sob grandes esforços, estavam mais vulneráveis a essa doença.

A gripe e a tuberculose são enfermidades altamente contagiosas, o aglomerado de indivíduos atuando no mesmo espaço favorecia muito a propagação dessas moléstias que estão entre as principais causas de hospitalizações. Já a sífilis, destacada entre os militares, aparece apenas em 3º lugar entre os ferroviários.

Condições de trabalho, aglomerados, ausência de limpeza, privações alimentares e exposição ao clima constituem os fatores explicativos da maioria dos diagnósticos identificados entre os empregados da VFRGS no Hospital de Caridade de Santa Maria.

Destacamos a importância de levantarmos questões sobre os ferroviários em Santa Maria enquanto possibilidades investigativas que podem inspirar outras pesquisas sobre esse grupo profissional em outros contextos brasileiros e mesmo no Rio Grande do Sul. Além disso, em 1932, período que foge ao recorte desta tese, a rede ferroviária inaugurou seu primeiro hospital no estado, “Casa de Saúde”, em Santa Maria. É necessário e fundamental um estudo sobre esta instituição, ainda tão carente de análises historiográficas.

## CONCLUSÃO

Quando nos propomos a entender como foi organizada a assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil traçamos objetivos que perpassariam pela compreensão de diversas áreas. Indissociável à análise de quem eram os pobres assistidos, precisamos entender como a política e as ações estadual e municipal agiram no socorro dos necessitados, fosse no amparo aos pobres, ou aos doentes. Dessa forma, esta tese percorreu temáticas que envolveram a história das cidades, quando identificamos no crescimento urbano uma das principais motivações à criação de hospitais no interior do Rio Grande do Sul; a história social das elites, através da percepção de que as redes sociais, familiares e profissionais estavam completamente interligadas nas ações voltadas à saúde e à medicina; e a história da assistência, que norteou nossas perguntas sobre qual público estávamos falando quando nos referimos à pobreza no sul do Brasil, a quem recaíam as responsabilidades sobre esse grupo, e qual o papel dos hospitais no início da República.

Por meio de uma vasta discussão historiográfica sobre esses pontos no primeiro capítulo, nosso ponto de partida de análise das fontes foi através do olhar à fundação do Hospital de Caridade de Santa Maria, a partir da organização de médicos, políticos e membros da elite local. Compreendemos o hospital como microcosmos da sociedade, portanto, através dele conseguimos entender a composição social do interior do Rio Grande do Sul, constituída por uma massa de trabalhadores pobres, fossem eles jornaleiros, imigrantes, ferroviários ou soldados da Brigada Militar. Além disso, também percebemos a visão dos envolvidos naquele processo, por meio da seleção dos grupos que seriam atendidos, em conjunto com as formas de financiar a instituição. O recebimento das subvenções municipais e estaduais configurou seu público, através do custeio das hospitalizações dos pobres e dos militares, respectivamente. Ainda assim, gradativamente, entre 1903 e 1913, os pobres foram ocupando mais leitos e tornaram-se predominantes, correspondendo a, aproximadamente, 70% das internações.

O elevado número de subvencionados, aqueles que as autoridades públicas financiavam, nos levou a duas questões: analisar o perfil daqueles indivíduos dentro do hospital e buscá-los em outras esferas de auxílio. Encontramo-los em contato direto com a Intendência Municipal, através de pedidos de isenções de impostos, que foram fundamentais para identificarmos as diferenças entre os pobres. Aos imigrantes italianos que buscaram

socorro porque tiveram suas safras devastadas pela praga de gafanhotos, chamamos de “pobres meritórios e temporários”, ou seja, aqueles que pediam ajuda, alegando pobreza, em momentos de crise e que o socorro público não hesitou em auxiliar, afinal eram uma mão-de-obra fundamental e compunham uma área de colonização que contribuía à economia local.

Ainda através da análise da relação entre a Intendência e a população, identificamos uma clara diferença de gênero entre o perfil dos pobres. Enquanto os homens necessitavam de ajuda pública quando estavam doentes e sem trabalho, alegando que nessas condições estavam sem meios para sustentar a família; as mulheres, que inclusive representavam o maior número de pedintes, apresentavam uma situação de vulnerabilidade social calcada na ausência do marido, fosse pela viuvez – e em algumas situações também associada à condição de tutela de filhas solteiras – ou na falta deles pela ausência no lar. Ao prover assistência a esses homens e mulheres, as autoridades públicas estavam agindo para protegê-los de tornarem-se miseráveis, ou seja, auxiliavam de forma a mantê-los afastados de situações extremas de necessidade, como a mendicância ou a prostituição, por exemplo. Por meio da isenção de impostos, a Intendência geria a pobreza.

Também percebemos o auxílio da Intendência aos alienados. Famílias pobres que recorriam às autoridades públicas para que provessem àquele doente que representava um problema à estrutura familiar e à comunidade, supondo que dependeria de alguém para auxiliá-lo, logo, era menos uma mão-de-obra e, para uma família pobre, isso poderia ser muito oneroso. Por isso, dependiam do socorro público para transferir seu doente ao Hospício São Pedro e reestabelecer o equilíbrio e as funções dentro do núcleo familiar.

Temos ainda, entre o público identificado, aqueles que buscavam ajuda nas sociedades beneficentes, como o Clube de Senhoras. Embora esse tenha sido o grupo mais difícil de identificar, entendemos tratarem-se de pobres temporários, que procuram ajuda, principalmente no inverno, por encontraram-se mais desprovidos de trabalho, considerando a sazonalidade dos serviços.

Diferentemente daqueles que possuíam algum tipo de recurso material, como uma propriedade ou casa comercial, mas se encontravam em situações de pobreza, como os solicitantes de isenção de impostos; há outro público, ainda mais vulnerável, que batia às portas do ambulatório do Hospital de Caridade. Aqueles a quem chamamos de *infelizes*,

pedintes que vagavam pelas ruas, e mais do que pedir um medicamento, buscavam apoio para prover a fome e padecimentos físicos.

Ao mesmo tempo que o hospital auxiliava esse tipo de público, eram também diferentes daqueles que a instituição classificava como “pobres” no seu Livro de Registros. O perfil dos pobres hospitalizados consistia, sobretudo, em homens, nacionais, jornaleiros ou trabalhadores sem especialização, entre os 16 e 40 anos, que buscavam socorro, principalmente, quando diagnosticados com doenças infecto parasitárias, em especial a tuberculose, a sífilis e a gripe. Entendemos que esse grupo de trabalhadores pobres recorria à instituição por não ter condições de custear outro meio para recuperar-se das doenças que os afastavam do ofício que garantia seu sustento, afinal havia outras opções terapêuticas da cidade, como os consultórios particulares, por exemplo.

Mesmo entre o público subvencionado, ferroviários e militares, eram os mais pobres. Tratava-se da massa de trabalhadores, tanto da VFRGS, quanto da Brigada Militar. Não identificamos, no Hospital, militares de alta patente, nem empregados dos escritórios da ferrovia. O principal diagnóstico entre os ferroviários, por exemplo, as lesões e ferimentos causados por acidentes de trabalho, demonstra que eram operários da construção da estrada.

Na identificação desses tipos de pobres, percebemos a parceria estabelecida entre entidades públicas e privadas no provimento da assistência. As ações praticadas por cada uma nos mostraram o quanto estavam bem delimitadas suas responsabilidades. As sociedades beneficentes e o hospital, através do seu ambulatório, proviam os indigentes e os andarilhos, socorriam aos miseráveis para que não vagassem pelas ruas e se tornassem um peso à sociedade. Já à Intendência e ao Estado cabia socorrer aos seus trabalhadores, pois mesmo os pobres subvencionados possuíam algum ofício que lhes garantia a sobrevivência. Mesmo assim, necessitavam de auxílio, porque doentes não eram capazes de trabalhar e isso poderia significar derrapagem social.

Portanto, ao utilizarmos o interior do Rio Grande do Sul como objeto de investigação para entendermos a assistência à saúde e à pobreza, encontramos um público diverso, composto por diferentes tipos de pobres, que perpassam desde os miseráveis, até os trabalhadores assalariados da ferrovia. Destacamos a importância de estudos como esse para que sejam elucidadas questões que reflitam a composição social das cidades a partir da

pobreza, afinal, dela conseguimos visualizar as diferentes faces que compuseram os trabalhadores urbanos e rurais no início do século XX.

Além disso, destacamos que através desse estudo conseguimos visualizar como Santa Maria traduziu algumas práticas de Porto Alegre, como a organização do sistema de assistência pública, demonstrando que o interior não está dessaciado da capital. Através da mediação do médico Becker Pinto, percebemos que as redes sociais entre médicos e políticos locais e estaduais foram essenciais para a execução desse projeto. Assim, o Hospital de Caridade de Santa Maria tornou-se um espaço de experimentação da assistência pública na região central, a qual se consolida enquanto um departamento municipal a partir da Intendência de Astrogildo de Azevedo, em 1916.

Ao longo desta tese construímos uma categoria social da pobreza, que foi estabelecida para além do mero corte por fortuna. Consideramos como critérios as diferentes instâncias da sociedade analisada, como a imigração, a presença da ferrovia e o grande crescimento demográfico, além das reivindicações dos próprios pobres. Analisamos o uso estratégico da pobreza enquanto uma categoria expressa através de estratégias sociais, sendo interpretada por meio do balanço de diversas variáveis, como as condições de trabalho, de saúde, de gênero e das relações sociais. Em todos os casos, os argumentos usados pelos demandantes para serem considerados pobres e a seleção estabelecida por quem prestou a assistência representaram discursos que ensaiam definições de pobreza. Assim, notamos o quanto ser pobre pode ser interpretado enquanto uma forma de poder, afinal, ao declarar-se em situação de necessidade aqueles indivíduos estavam utilizando a pobreza enquanto arma retórica para negociar e ganhar legitimidade frente àqueles a quem recorriam.

Além disso, percebemos através da organização das instituições que prestavam auxílio, a construção de uma linguagem e de ações que consistiam em formas de legitimação das elites através da assistência, por meio da construção e manutenção do Hospital de Caridade e das subvenções públicas. Entendemos também, através disso, o quanto a medicina, a política e a filantropia andaram juntas na conformação de ideias de definições de qual público seria merecedor de amparo. Delineou-se, portanto, em seu cotejo e balanço, o que era ser pobre no interior do Rio Grande do Sul na Primeira República.

Utilizando como base a noção da pobreza enquanto potência, capaz de produzir discursos, legitimar seus atos e construir estratégias de sobrevivência, temos uma perspectiva

de análise ampla direcionada a uma categoria que fora construída a partir da interpretação de sua linguagem, de suas redes de sociabilidade e seu capital social. Assim, as estratégias produzidas pelos pobres, as relações estabelecidas entre as instituições do interior e da capital, bem como a consolidação das práticas de assistência durante o século XX são assuntos que certamente renderiam novas pesquisas, abrindo-se possibilidades para estudos futuros nesse sentido.

## REFERÊNCIAS

### Fontes documentais:

#### Arquivo Nacional:

- Mapa da Viação Férrea do Brasil (1900) - BR\_RJANRIO\_F4\_0\_MAP\_0320\_m0001
- Mapa das linhas férreas do Rio Grande do Sul (1913) - BR\_RJANRIO\_F4\_0\_MAP\_0316

#### Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional

- Relatório dos Presidentes das Províncias Brasileiras: Império (RS), 1858, p. 20
- Relatório dos Presidentes das Províncias Brasileiras: Império (RS), 1859
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 20 de março de 1884. Nº 66, ano I, p. 01
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 06 de abril de 1887. Nº 78, ano IV, p. 01
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 22 de outubro de 1902. Nº 246, ano XIX, pp. 01-02.
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 04 de abril de 1909, p. 4.
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 30 de março de 1910. Edição 00074.
- Jornal *A Federação*. Porto Alegre, 13 de maio de 1915. Nº 108, ano XXXII. p. 01

#### Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

- Decreto nº 44 de 2 de abril de 1895. Regulamento para o serviço de higiene. Fundo Arquivo Particular Júlio de Castilhos. Série 1 Assuntos de Estado, Subsérie 1 Documentos Recebidos, Caixa 1, maço 1, documento 17.
- Secretaria do Interior e Exterior. Documentos dos Governantes. Correspondências Recebidas, Caixa 41, maço 62, 17 de outubro de 1899.

#### Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Velinho

- Documento: Assistência Pública Municipal. Estatística do serviço geral de 11 anos. 1898-1909. Fundo Assistência Pública. Código 7.1.1 a 7.1.4. Período 1892 até 1941.

#### Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria

- Jornal "O Estado". N. 06. Santa Maria, RS, 21 de janeiro de 1903.
- Jornal "O Estado", nº 27, Santa Maria, RS, 03 de abril de 1903.
- Jornal "O Estado", Santa Maria, RS, nº 57, 17 de julho de 1904.
- Jornal "O Estado", Santa Maria, RS, nº 57, 22 de julho de 1903.

- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 58, 25 de julho de 1903.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 34, 27 de abril de 1904.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 38, 11 de maio de 1904.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 36, 04 de maio de 1904.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 73, 10 de setembro de 1904.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 74. 13 de setembro de 1904.
- Jornal “O Estado”, Santa Maria, RS, nº 61, 09 de agosto de 1905.

Fundo Intendência Municipal:

- Carta de Bernardino Pereira dos Santos. Série: Requerimentos. Tomo nº 25. Caixa nº 05. 13 de outubro de 1901.
- Convite para o 1º ano de aniversário do Clube Beneficente de Senhoras. Caixa 5, tomo 26. 20 de novembro de 1901.
- Mapa demonstrativo do número de eleitores, segundo a profissão, alistados em 1903. Fundo Intendência Municipal. Tomos nº 01 a 05. Série: Correspondência recebida. 1903.
- Livro Caixa (1900-1904). Caixa 04, tomo nº 20.
- Carta do Presidente da Estrada de Ferro, Gustavo Vauthier, ao Intendente Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 7, tomo nº 38. 29 de novembro de 1904.
- Série: Correspondências. Caixa 5: tomos 25, 26. Caixa 7: tomo 28. Caixa 8: tomos 40, 41, 42, 44 e 49. Caixa 10: tomos 51, 52, 53 e 56.
- Regulamento da Décima Urbana do ano de 1905. Série: Correspondências – Tomo nº 39 – Caixa nº 07.
- Ofício da Intendência Municipal ao Hospício São Pedro. Tomo 1 ao 5. Caixa 01. Correspondência Recebida. Hospício São Pedro. 24 de julho de 1905, p. 269.
- Carta do Clube Beneficente de Senhoras ao Intendente Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 8, tomo nº 48. 1905.
- Carta de Maria da Silva. Série: Correspondências. Tomo nº 40. Caixa nº 08. 20 de junho de 1905.
- Carta de Coronel Dutra Vila. Série: Correspondências. Tomo nº 40. Caixa nº 08. 30 de junho de 1905.
- Carta de João Carvani. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 25 de julho de 1905.

- Carta de Laurentino Paz. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 08 de agosto de 1905.
- Carta de Gabriel Pereira da Silva. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 20 de dezembro de 1905.
- Carta de Agostinho Basso. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 25 de dezembro de 1905.
- Carta de Luiza Neicinger. Série: Correspondências. Tomo nº 41. Caixa nº 08. 27 de dezembro de 1905.
- Carta do Presidente do Estado, Borges de Medeiros, à Intendência de Santa Maria. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 09 de janeiro de 1905.
- Carta do Sub-Intendente do 4º Distrito, José Claro de Oliveira, à Intendência Municipal. Série: correspondências. Tomo 42, caixa nº 8. 1 de março de 1905.
- Carta da secretaria do Hospício São Pedro à Intendência Municipal de Santa Maria. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 12 e 27 de julho de 1905.
- Carta do Sub-Intendente do 4º Distrito, José Claro de Oliveira, à Intendência Municipal. Série: correspondências. Tomo 42, caixa nº 8. 16 de julho de 1905.
- Carta da Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior à Intendência Municipal de Santa Maria. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 8 de agosto de 1905.
- Carta da Secretaria do Hospício São Pedro à Intendência Municipal de Santa Maria. Série: Correspondências. Tomo nº 42. Caixa nº 08. 29 de dezembro de 1905.
- Carta dos moradores da Ex-Colônia Silveira Martins. Série: Correspondências. Tomo nº 44. Caixa nº 08. 18 de fevereiro de 1906.
- Carta de Angelo Comim. Série: Correspondências. Tomo nº 46. Caixa nº 08. Março de 1906.
- Carta dos imigrantes italianos da ex-colônia de Silveira Martins. Série: Correspondências. Tomo nº 44. Caixa nº 08. 29 de dezembro de 1906.
- Carta de Hortência Flores Machado. Série: Correspondências. Tomo nº 48. Caixa nº 08. 1 de março de 1907.
- Carta do Escritório da Estrada de Ferro à Intendência Municipal. Série: Correspondências. Caixa nº 10, tomo nº 52. 10 de setembro de 1909.
- Carta de Ernestina Krebs. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 26 de novembro de 1909.

- Carta de Anna Margarida Lau. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 14 de dezembro de 1909.
- Carta de Antão Schneider. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 13 de dezembro de 1909.
- Carta de Maria do Carmo Azambuja. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 20 de dezembro de 1909.
- Carta de Manuel Pires. Série: Correspondências. Tomo nº 51. Caixa nº 10. 23 de dezembro de 1909.
- Serviço de Higiene e Assistência Pública de Santa Maria. Caixa 01. Livro 08. Documento 159. 20 de abril de 1917.
- Ofício da Enfermaria Militar. Caixa 02, tomo 07, 1918.

#### **Arquivo Geral da Câmara Municipal de Santa Maria**

- Atas da Câmara Municipal de Santa Maria, 1889-1892, p. 211-212v

#### **Casa de Memória Edmundo Cardoso**

##### Fundo Astrogildo de Azevedo.

- Hospital de Caridade de Santa Maria. Comemoração do 25º aniversário da inauguração do Hospital. Publicação do Jornal Diário do Interior, de 25 a 26 de setembro e 3 de outubro de 1928.
- Relatório apresentado pelo Intendente Dr. Astrogildo de Azevedo ao Conselho Municipal em sessão de 10 de novembro de 1917

#### **Hospital de Caridade de Santa Maria**

- Livro 01 de Registro de Entrada de Pacientes (1903-1913)

**Fontes impressas:**

AZEVEDO, Astrogildo César. Hospital de Caridade. In: Revista Comemorativa do Primeiro Centenário da Fundação da cidade de Santa Maria, 1914. ACMEC.

FARIA, Benjamin da Rocha. Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. Sessão inaugural. *Brazil-Médico*, 23 set. 1908, p. 366. Biblioteca de Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz.

FIGUEIRA, Antonio Fernandes. Reforma dos hospitais. *Brazil-Médico*, 15 ago. 1902, p. 311-312. Biblioteca de Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz.

FIGUEIRA, Antonio Fernandes. Assistência pública: assistência à infância e particularmente o que se refere às medidas a adotar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes. Relatório apresentado ao Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada. *Brazil-Médico*, 8 nov. 1908, p. 415. Biblioteca de Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz.

FLORES, Luiz Nogueira. Ligeira notícia sobre assistência pública em Porto Alegre. Porto Alegre: Typografia da Livraria do Comércio, 1905. Biblioteca de Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz.

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

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA. Relatório apresentado em sessão da Assembleia Geral da Associação Protetora do Hospital, em 7 de setembro de 1904, pelo dr. Astrogildo César de Azevedo, diretor da Associação e do Hospital. Porto Alegre: Oficinas gráficas d' "A Federação", 1904. ACMEC.

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTA MARIA. Relatório apresentado em sessão de assembleia geral da Associação Protetora do Hospital de Caridade, 25 de maio de 1919, pelo Dr. Astrogildo de Azevedo, diretor da Associação e do Hospital - 1917-1918. Porto Alegre: Oficinas gráficas d' "A Federação", 1919. ACMEC.

LEIS, DECRETOS E ACTOS DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DE 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de "O Independente", 1909. Pp 127-128.

**Bibliografia:**

ABREU, Laurinda. Prefácio. In SANGLARD, Gisele *et al.* (Org.). *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

\_\_\_\_\_. *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (Séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Gradiva, 2014.

\_\_\_\_\_. Emergência das políticas públicas sociais e de saúde pública. *Revista Internacional Católica (COMMUNIO)*, v. XXXI, n. 2, 2014b, pp. 201-208.

\_\_\_\_\_. O século das Misericórdias. *Cadernos do Noroeste*. Série História 3, vol. 20 (1-2), 2003, pp. 467-484.

\_\_\_\_\_. Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal (séculos XV-XIX). *Dynamis*, Granada, Espanha, Vol. 20, n. 1, 2000, pp. 395-415.

ALMAMEH, Priscila. *Pobres mulheres ou mulheres pobres? Uma análise da condição de vida feminina no século XIX (1889-1895) a partir da Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. Trabalho de conclusão de curso. UNISINOS, 2015.

BARRETO, Renilda. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. 257f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

BATISTA, Felipe de Alvarenga; GODOY, Marcelo Magalhães. O mito da modernização pelos trilhos: a “era ferroviária mineira”, 1869-1940. *Anais do XV Seminário sobre Economia Mineira*. Diamantina, 2012. Disponível em: [https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina2012/o\\_mito\\_da\\_modernizacao\\_pelos\\_trilhos.pdf](https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina2012/o_mito_da_modernizacao_pelos_trilhos.pdf) acesso em 05 de outubro de 2018.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Mulheres livres: uma história sobre prostituição, sífilis, convenções de gênero e sexualidade*. Salvador: EDUFBA, 2014.

BERTRAND, Michel. De la família a la red de sociabilidade. *Revista Mexicana de Sociologia*, Cidade do México, vol. 61, n. 2, abr-jun, 1999.

BERTRAND, Michel; GUZZI-HEEB, Sandro; LEMERCIER, Claire. Introdução. ?En que punto se encuentra la análise de redes em Historia? *REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales*, vol. 21, #1, Diciembre, 2011.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

BERUTE, Gabriel Santos. *Atividades mercantis do Rio Grande de São Pedro: negócios, mercadorias e agentes mercantis (1808-1850)*. 309f. Tese (Doutorado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2011.

BOURDIEU, Pierre. O capital social – notas provisórias. In NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afranio. *Escritos de educação*. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. The Forms of Capital. In RICHARDSON, John G. (Ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 1985, pp. 241-258.

BRAGA, Virna. *Pobreza e Assistência Pública e Privada em Minas Gerais (1871-1923)*. 247f. Tese (Doutorado em História). Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2015.

BUELTZINGLOEWE, Isabelle von. “Clinique et hôpital” In: *Machines á instruire, machines à guérir – les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande (1730-1850)*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon; 1997.

CARRARA, Sergio. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

CAVALCANTI, Nireu. *O Rio de Janeiro setecentista. A vida e a construção da cidade da invasão francesa até a chegada da Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

CAVALLO, Sandra. “Charity, power, and patronage in eighteenth-century Italian hospitals: the case of Turin”. In GRANSHAW, Lindsay et PORTER, Roy. *The hospital in History*. Londres/New York: Routledge; 1989, pp. 93-122.

\_\_\_\_\_. *Charity and power in early modern Italy. Benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge University Press, 1995.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CARVALHO, Daniela Vallandro de. “*Entre a solidariedade e a animosidade*”: os conflitos e as relações interétnicas populares, Santa Maria – 1885 a 1915. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2005.

CARVALHO, José Murilo. *República, democracia e federalismo. Brasil: 1870-1891*. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 27, nº 45, pp. 141-157, jan/jun 2011.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2015.

DAUDT, FILHO. João. *Memórias*. 4ª ed. Santa Maria: Editora da UFSM, 2003.

DE LUCA, Tania Regina. *O sonho do futuro assegurado (mutualismo em São Paulo)*. São Paulo: Editora Contexto, 1990.

DILLMANN, Mauro. Simbolizando a devoção: irmandades, cemitério e enterramentos em Porto Alegre no século XIX. *Revista de História e Estudos Culturais*, vol. 5, n. 1, jan/fev/mar 2008, pp. 1-15.

D’INCAO, Maria Angela. Mulher e família burguesa. In PRIORE, Mary Del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 10ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015, pp.223-240.

DUPRAT, Catherine. *Usage et pratiques de la Philantropie: pauvreté, action sociale et lien social à Paris, au cours du premier XIX siècle*. Paris: Comité d’Histoire de la Sécurité Sociale, 1996, v. 1, 2.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In PRIORE, Mary del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 10ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Editora Contexto, 2015, pp. 322-361.

ESPIG, Márcia Janete. A construção da Linha Sul da Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande (1908-1910): mão de obra e migrações. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 28, nº 48, pp. 849-869: jul/dez, 2012.

FARINATTI, Luís Augusto Ebling. *Sobre as cinzas da mata virgem: lavradores nacionais na Província do Rio Grande do Sul (Santa Maria, 1845-1880)*. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1999.

\_\_\_\_\_. *Confins meridionais: famílias de elite e sociedade agrária na fronteira sul do Brasil (1825-1865)*. Santa Maria: Editora UFSM, 2010.

FAURE, Oliver. O olhar dos médicos. In CORBIN, Alain *et al.* (Org.). *História do Corpo: da Revolução à Grande Guerra*. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FILHO, Walter Fraga. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Edufba, 1996.

FISSEL, Mary. *Patients, power and the poor in eighteenth-century Bristol*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

FLÔRES, João Rodolpho Amaral. *Fragmentos da história ferroviária e rio-grandense: fontes documentais, principais ferrovias, Viação Férrea do Rio Grande do Sul*. Santa Maria: Pallotti, 2007.

FONSECA, Claudia. Ser mulher, mãe e pobre. In: PRIORE, Mary del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 10ed. São Paulo: Contexto, 2015.

FRANCO, Renato Junio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro), v. 27, p. 5-25, 2014.

\_\_\_\_\_. *Pobreza e caridade – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. 385f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FRANCO, A; RAMOS, S. M. (orgs). *Panteão médico rio-grandense: síntese cultural e histórica; progresso e evolução da medicina no Estado do Rio Grande do Sul*. São Paulo: Ramos, Franco Editores. 1943.

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão. *A Constituição Brasileira de 1891 e o Federalismo Norte-Americano*. Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI. Tema: Sistema Jurídico e Direitos Fundamentais Individuais e Coletivos. 06, 07, 08 e 09 junho de 2012 – Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Uberlândia – MG. p.2-3. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e00da03b685a0dd1>

FERREIRA, Marieta da Moraes. *A República na Velha Província*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1989.

FINGER, Anna Eliza. *Um século de estradas de ferro. Arquiteturas das ferrovias no Brasil entre 1852 e 1957*. 466f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In PRIORE, Mary del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 10ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Editora Contexto, 2015, pp. 510-553.

GEREMEK, Bronislaw. “Uma nova política social”. In *A piedade e a força – História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar, 1995[1986].

GIL, Tiago Luís. Elites locais e suas bases sociais na América Portuguesa: uma tentativa de aplicação das social network analysis. *Revista brasileira de História & Ciências Sociais*, Vol. 3, n. 6, dezembro de 2011.

GRENDI, Edoardo. Microanalisi e storia sociale. *Quaderni Storici*, n. 35. 1977, p. 506-520.

GRIGIO, Ênio. “No alvoroço da festa, não havia corrente de ferro que os prendesse, nem chibata que intimidasse”: a comunidade negra e sua Irmandade do Rosário (Santa Maria, 1873-1942). Tese (Doutorado em História). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2016.

GOLIN, Tau. *A Fronteira: governos e movimentos espontâneos na fixação dos limites do Brasil com o Uruguai e a Argentina*. Porto Alegre: L&PM, 2002.

HEINZ, Flavio M. *Positivistas e republicanos: os professores da Escola de Engenharia de Porto Alegre entre a atividade política e a administração pública (1896-1930)*. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 29, nº 58, p. 263-289, 2009.

HINDLE, Steve. *On the Parish? The Micro-Politics of Poor Relief in Rural England c.1550–1750*. New York: Oxford University Press, 2004.

HUFTON, Olwen. *The Poor of Eighteenth-Century France, 1750–1789*. Oxford, 1974.

IBAÑEZ, Nelson; DUARTE, Ivomar Gomes; DIAS, Carlos Eduardo. As irmandades da Misericórdia e as políticas públicas de assistência hospitalar no Estado de São Paulo no período republicano. In MOTT, Maria Lúcia; SANGLARD, Gisele. *História da Saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011, pp. 171-214.

IMIZCOZ, José Maria. *Actores, redes e procesos: de los individuos a las configuraciones sociales*. Revista da Faculdade de Letras HISTÓRIA. Porto, III Série, vol. 5. 2004, pp.115-140

JÜTTE, Robert. The reorganization of poor relief. *In Poverty and deviance in early modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. pp. 100-141.

KARSBURG, Alexandre de Oliveira. *Sobre as ruínas da Velha Matriz. Religião e política em tempos de ferrovia. Santa Maria – Rio Grande do Sul 1880/1900*. Santa Maria: Editora UFSM, 2007.

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

KERBER, Aline Asturian. *A ferrovia no norte do Rio Grande do Sul: uma história do trecho Passo Fundo-Marcelino Ramos/RS (1957-1997)*. Dissertação, mestrado em História. Universidade de Passo Fundo. 2017, 175f.

KÜHN, Fábio. *Breve história do Rio Grande do Sul*. 4ª edição. Porto Alegre: Leitura XXI, 2011.

\_\_\_\_\_. *Gente da Fronteira: Família, Sociedade e Poder no Sul da América Portuguesa – século XVIII*. 479f. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2006.

KULZER, Gláucia. *De sacramento à Boca do Monte: a formação patrimonial de famílias de elite na Província de São Pedro (Santa Maria, RS, século XIX)*. 206F. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2009.

KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação, Mestrado em História. Porto Alegre, 2002.

LAMSFUS, Lola Valverde. Estrategias de supervivencia de las mujeres pobres en Guipúzcoa. Los casos de San Sebastián y Tolosa (1885-1915). *História Contemporanea*, Lejona, España, nº 44, 2012, pp. 183-204.

LAPA, José Roberto do Amaral. *Os excluídos: contribuição à história da pobreza no Brasil (1850-1930)*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2008.

\_\_\_\_\_. *A cidade: os cantos e os antros – Campinas, 1850-1900*. São Paulo: Edusp, 1996.

LESSA, Renato. A invenção da República no Brasil: da aventura à rotina. In CARVALHO, Maria Alice Rezende de. *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001.

LEVI, Giovanni. *Herança imaterial: trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LOPES, Maria Antônia. *Proteção social em Portugal na Idade Moderna. Guia de estudo e investigação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

\_\_\_\_\_. *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*. Viseu: Palimage, Vol. 1 e 2, 2000.

MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista (Brasil, século XIX)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2013.

MCHUG, Tim. The reform of the Paris Hôtel Dieu; The reform of poor relief in Paris. In *Hospital politics in seventeenth-century France – the crown, urban elites and the poor*. Hampshire: Ashgate, 2007, pp. 55-109.

MANFIO, Juliana Maria. *Entre o sacerdócio e a pesquisa histórica: a trajetória do padre Luiz Sponchiado na Quarta Colônia de Imigração Italiana*. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, 2015.

MARCHIORI, José Newton Cardoso; NOAL FILHO, Walter. *Santa Maria: relatos e impressões de viagem*. 2ª ed. Santa Maria, RS: Editora da UFSM, 2008.

MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARTINS, Monica. “A prática do auxílio mútuo nas corporações de ofícios no Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX”. In MAC CORD, Marcelo; BATALHA, Cláudio. *Organizar e proteger*. Campinas: Editora Unicamp, 2014.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A feminilização da filantropia. *Revista GÊNERO*. Niterói, v.15, n.2, p. 13 – 28, 1.sem.2015

MARTINY, Carina. Uma trajetória, muitas relações: o líder republicano Júlio Prates de Castilhos e seus correligionários. In SOUTO, Cintia Vieira *et al.* (Org.). *Espaços de saber e poder: instituições e seus agentes na perspectiva da História Social*. Porto Alegre: Memorial do Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2014.

MARTINY, Carina. *Entre chefe e correligionários: negociação, hierarquia e mobilidade social na Primeira República (Rio Grande do Sul, 1899-1900)*. Revista Latino-Americana de História, vol. 3, nº 11, pp. 131-142, setembro de 2014.

MATHEUS, Marcelo Santos. *A produção da diferença: escravidão e desigualdade social ao sul do Império brasileiro (Bagé, c.1820-1870)*. 421f. Tese (Doutorado em História Social), Instituto de História, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MELO, Mariana Ferreira de. “Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder”. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séculos XV-XX)*. Cuiabá: Carlini & Caniato, 2009, pp. 93-120.

MELLO, Luiz Fernando da Silva. O pensamento utópico e a produção do espaço social: a Cooperativa de Consumo dos Empregados da Viação Férrea do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS, 2010.

MENDES, José Amado. *O contributo da biografia para o estudo das elites locais: alguns exemplos*. Análise Social: Revista da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, v. XVII, n. 116-117, p. 357-365, 1992.

MILTON, Cynthia. *The many meanings of Poverty. Colonialism, social compacts, and Assistance in Eighteenth-Century Ecuador*. Stanford, Califórnia: Stanford University Press, 2007.

MOUTOUKIAS, Zacarías. Familia patriarcal o redes sociales: balance de una imagen de la estratificación social. Anuario del IEHS. N. 15. Pp. 133-151. 2000.

NICOLOSO, Fabrício Rigo. *Fazer-se elite em Santa Maria – RS: os imigrantes alemães entre estratégias políticas e sociais – 1830/1891*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria/RS, 2013.

OLIVEIRA, Daniel. “*Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia*”: mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre/RS, 2018.

OLIVEIRA, Franciele Rocha. *Moreno Rei dos astros a brilhar, Querida União Familiar: trajetórias e memórias do clube negro fundado em Santa Maria, no pós-Abolição*. Santa Maria: Câmara Municipal de Vereadores de Santa Maria, 2016.

\_\_\_\_\_. *Dos laços entre José e Innocência: trajetórias de uma família negra entre a escravidão e a liberdade no Rio Grande do Sul, 2017*. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

PARDAL, Rute. *Práticas de caridade e assistência em Évora (1650-1750)*. Lisboa, Portugal: Edições Colibri, 2015.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Os pobres da cidade: vida e cidade*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1998.

PIMENTA, Tania Salgado. Assistência à saúde no interior do Rio de Janeiro do Oitocentos. In KORNDÖRFER, Ana Paula et al. (Org.). *História da Assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo, RS: Oikos, 2017, pp. 41-56.

PINTO, Maria Inez Machado. *Cotidiano e sobrevivência: a vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo (1890-1914)*. São Paulo: Edusp, 1994.

PRESTES, Flávia dos Santos. *O Hospital de Caridade e suas doenças (1903/1904)*. Monografia de Especialização. História do Brasil. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: UFSM, 2013. 53f.

\_\_\_\_\_. *A peste em Santa Maria: a cidade sitiada (1912-1924)*. Trabalho Final de Graduação apresentado ao Curso de História – UNIFRA. Santa Maria: UNIFRA, 2010.

QUEIRÓS, César Augusto B. *A questão social no Rio Grande do Sul: positivismo, borgismo e a incorporação do proletariado à sociedade moderna*. Antíteses, vol. 1, n. 1, jan – jun, 2008.

QUEVEDO, Éverton Reis. “Uma mão protetora que os desvie do abismo”. *Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904)*. São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2016.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção do social. In: \_\_\_\_ (org.). *Jogos de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 1998.

ROCHA, Leila Alves. Caridade e poder: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889). Dissertação (Mestrado em Política e História Econômica). Universidade Estadual de Campinas, 2005. 163f.

RODRIGUEZ, Ricardo Vélez. *Castilhismo: uma filosofia da República*. Londrina, 2015.

ROSA, Luísa Grigoletti Dalla. *História, saúde e poder: as instituições hospitalares em Passo Fundo nas décadas de 1910 e 1920*. Passo Fundo: Méritos, 2007.

ROSSI, Daiane Silveira. A interiorização da assistência no sul do Brasil durante o início da República. In: KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano Henrique de; ROSSI, Daiane Silveira; FLECK, Eliane Cristina Deckmann; e QUEVEDO, Éverton dos Reis (Orgs.) *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo: Oikos, 2017.

\_\_\_\_\_. Assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil em fins do século XIX e início do XX. In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Mecanismos de assistência em Portugal e no Brasil. Contributos para um debate, séculos XVIII - XIX*. Famalicão: Húmus, 2017b.

\_\_\_\_\_. *Ações de saúde pública em Santa Maria/RS na segunda metade do século XIX*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2015.

\_\_\_\_\_. *Uma profilaxia urbana: o projeto de saneamento de Santa Maria/RS no início do século XX*. Trabalho Final de Graduação. Curso de História. Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, RS, 2012.

ROTILLI, Gabriela dos Santos. *Na saúde e na doença: perfil social das mulheres pobres na Santa Maria/RS do início do século XX (1903-1913)*. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de História. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2017.

RUSSEL-WOOD, A.J. R. *Fidalgos e filantropos – a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: ed. UNB, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias Portuguesas, séculos XVI a XVIII*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

SANGLARD, Gisele. *Entre os Salões e o Laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008b, pp. 59-87.

\_\_\_\_\_. Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920). *Revista Portuguesa de História* – t. XLVII (2016) – p. 337-358.

\_\_\_\_\_. Pobreza e assistência na escrita da história. In: KORNDÖRFER, A. P.; BRUM, C. E.; ROSSI, D. S.; FLECK, E.; QUEVEDO, E. R. *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo: Oikos, 2017.

SANGLARD, Gisele; GIL, Caroline. Assistência à infância: filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929). *Revista da ABPN*. V. 6, n. 14 • jul. – out. 2014, p. 63-90.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia Historia*, Belo Horizonte, vol. 26, nº 44, jul/dez 2010, pp.437-459.

\_\_\_\_\_. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, jan-jun, 2014, pp. 71-91.

SANTOS, Carlos José Ferreira dos. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza (1890-1915)*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 1998, pp. 65-134.

SCOTTI, Zelinda Rosa. *Que loucura é essa? Loucas e loucos italianos no hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900-1925)*. 283f. Tese (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, Jonathan Fachini. *Os filhos do destino: A exposição e os expostos na freguesia Madre de Deus de Porto Alegre (1772-1837)*. 227f. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2014.

SILVA JR., Adhemar Lourenço da. O mutualismo de fechamento étnico no Rio Grande do Sul (1854-1940). *MÉTIS: história & cultura* – v. 4, n. 8, p. 127-157, jul./dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Condicionantes locais no estudo do socorro (Rio Grande do Sul: 1854-1889). *Lócus – Revista de História*, Juiz de Fora, v. 5, n° 2, 1999, pp. 73-88.

SILVEIRA GUTERRES, Letícia Batistella. *Escravidão, família e compadrio ao Sul do Império do Brasil: Santa Maria (1844-1882)*. 468f. Tese (Doutorado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. Laços familiares na depressão central do Rio Grande do Sul, século XIX. *Anais do X Encontro Estadual de História*. ANPUH/RS: Santa Maria, 2010.

SLACK, Paul. *The English Poor Law, 1531-1782*. London: Macmillan, 1980.

SOUZA, Ramon Felipe. *O Sertão nos Trilhos: ferrovia, ambiente e saúde no debate sobre a integração do Norte de Minas Gerais (Diamantina, 1902 -1922)*. 176f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.

STONE, Lawrence. *Prosopografia*. *Revista Sociologia Política*. Tradução: Gustavo de Lacerda e Renato Perissinotto. Curitiba, v. 19, n. 39, jun. 2011, pp. 115-137.

SZRETER, Simon. The State of Social Capital: Bringing Back in Power, Politics, and History. *Theory and Society*, Netherlands, Dordrecht, vol. 31, n. 5, oct., 2002, pp. 573-621.

THOMÉ, Nilson. *Trem de ferro: história da ferrovia do contestado*. 2ª ed. Florianópolis: Lunardelli, 1983.

TOMASCHEWSKI, Claudia. *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: a distribuição de assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c.1847- c. 1891*. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, RS, 2014.

VAN LEEUWEN, Marco H. D. Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe. *Journal of Interdisciplinary History*, Spring, USA, vol. xxiv, n. 4, 1994, pp. 589-613.

VARGAS, Jonas Moreira. “Os barões do charque e suas fortunas”. *Um estudo sobre as elites regionais brasileiras a partir de uma análise dos charqueadores de Pelotas (Rio Grande do Sul, século XIX)*. São Leopoldo, RS: Oikos, 2016.

\_\_\_\_\_. *Entre a Paróquia e a Corte: uma análise da elite política do Rio Grande do Sul (1868-1889)*. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007.

VENDRAME, Maíra Inês. *O poder na Aldeia: redes sociais, honra familiar e práticas de justiça entre os camponeses italianos (Brasil-Itália)*. São Leopoldo: Oikos; Porto Alegre: ANPUH/RS, 2016.

\_\_\_\_\_. Os imigrantes italianos e o município de Santa Maria (1878-1905). In: WEBER, B.T. RIBEIRO, J.R. *Nova História de Santa Maria: outras contribuições recentes*. Santa Maria, RS: Câmara Municipal de Vereadores, 2012.

\_\_\_\_\_. “Lá éramos servos aqui somos senhores”. *A organização dos imigrantes italianos na ex-colônia Silveira Martins (1877-1914)*. Santa Maria, RS: Editora UFSM, 2007.

VIANNA, Clarissa Prestes Medeiros. *Relações de poder nas fronteiras do Império português: as correspondências do Marquês do Alegrete (1814-1818)*. 117f. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015.

VIEIRA, Felipe Almeida. “Fazer a classe”: *identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943)*.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS, 2009.

WADI, Yonissa. Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre/RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LX, nº 2, julio-diciembre, 2008, pp. 43-74.

\_\_\_\_\_. *Palácio para guardar doidos. Uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS, 2002.

WALEY, Tim. Poverty, poor relief and the life-cycle: some evidence from seventeenth-century Norfolk. In SMITH, Richard M (Org.). *Land, Kinship and Life-cycle*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984, pp. 351-404.

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

WEBER, Beatriz Teixeira. Caridade e assistência social: instituições leigas de Assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920. In: *CD ROM dos anais das primeiras Jornadas de História Regional Comparada*, PORTO ALEGRE, 2000.

WEBER, Beatriz Teixeira. QUEVEDO, Éverton Reis. Santa Maria e a Medicina na passagem do século. Santa Maria: *Revista Sociais e Humanas*. v. 14, n. 01, 2001, pp. 73-85.

WEINDLING, Paul. The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany. In BARRY, Jonathan; JONES, Colin. *Medicine and Charity before de Welfare State*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1991, pp.190-206.

WITT, Marcos Antonio. Em busca de um lugar ao sol: anseios políticos no contexto da imigração e da colonização alemã (Rio Grande do Sul - Século XIX). Tese (Doutorado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 292f. Tese (Doutorado em História), Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

\_\_\_\_\_. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no sul do Brasil (1845 a 1880)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

ZANINI, Maria Catarina Chitolina. *Pertencimento étnico e territorialidade: italianos na região central do Rio Grande do Sul (Brasil)*. REDES, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 3, p. 140 - 163, set/dez. 2008.

## ANEXOS

**Anexo 1 - Hospital de Caridade de Santa Maria em 1914<sup>168</sup>**



**Anexo 2 - Praça da Matriz de Santa Maria em 1905<sup>169</sup>**



<sup>168</sup> Imagem extraída Revista Comemorativa do Primeiro Centenário da Fundação da cidade de Santa Maria (1914, p. 58).

<sup>169</sup> Acervo da Casa de Memória Edmundo Cardoso.

**Anexo 3 - Assistência Pública Municipal de Porto Alegre – 1898-1909**

1898      1909

Assistência Pública Municipal de Porto Alegre  
Estatística de serviço geral desde a sua criação em 16 de Maio de 1898 a 30 de Junho de 1909

Classificação	Anos administrativos											Total em Onze annos
	1º 1898 1899	2º 1899 1900	3º 1900 1901	4º 1901 1902	5º 1902 1903	6º 1903 1904	7º 1904 1905	8º 1905 1906	9º 1906 1907	10º 1907 1908	11º 1908 1909	
Accidentes na via publica	192	204	478	582	592	649	1023	1078	1453	1473	1488	9257
Accidentes em fabricas ou officinas			4	5	24	13	12	15	21	15	18	127
Accidentes em domicilios	22	36	48	54	38	39	58	89	75	100	100	659
Consultas nos doctores	152	386	351	418	475	578	788	601	566	1457	2577	8749
Doentes assistidos em domicilios		4	9	22	3	4	2	38	25			107
de	162	293	487	624	617	676	1028	1272	1667	2357	3230	12150
{ recolhiam-se a residencia	44	44	77	59	42	73	90	66	68	108	90	761
{ recolhiam-se ao hospital	7	5	5	3	24	3	14	5	14	8	7	100
{ de	144	345	260	324	419	499	743	462	791	840	830	5689
{ de	9	23	53	68	30	22	8	16				229
Verificações no necrotorio	180	243	196	195	185	195	170	151	170	155	258	2128
de obitos em domicilios								12	71	104	72	279
Atestados de obitos				1	1		1		6	7	9	26
Inhumações	80	56	75	75	79	85	67	66	99	105	131	918
Homens	289	623	580	736	794	879	1403	1331	1835	2028	2381	12879
Mulheres	156	231	299	310	299	361	430	451	620	769	1166	5092
Brancos	101	99	207	231	225	233	221	203	352	344	745	3371
Nacionais	464	798	934	818	1169	1298	1767	1762	2560	3073	4292	19240
Estrangeiros	82	155	152	159	149	175	287	220	247	263	230	2022
Somma dos servicos prestados annualmente	306	710	890	1031	1132	1278	1883	1821	2546	3045	4183	18929
Verificações de obitos	180	243	196	196	186	195	171	104	207	276	337	2433
Somma annual	540	953	1086	1277	1318	1473	2054	1985	2807	3341	4522	21362

Porto Alegre 2 de Junho de 1909

1ª zona      2ª zona

Fonte: AHPAMV - Coleção da Assistência Pública Municipal de Porto Alegre (1898-1909).