Hospital da Santa Casa da Misericórdia:
assistência à saúde no Rio de Janeiro dos Oitocentos

TÂNIA SALGADO PIMENTA*

O objetivo deste trabalho é analisar essas relações ao longo do século XIX, considerando a construção de redes constituídas pela elite política, a administração da Santa Casa e autoridades governamentais. As principais fontes utilizadas nesse estudo foram correspondências e atas da Câmara Municipal, da Santa Casa da Misericórdia, da Junta Central de Higiene Pública.

O hospital da Santa Casa e a assistência à saúde no Rio de Janeiro dos Oitocentos

No Brasil, ao longo do Oitocentos, a maior parte da população procurava tratar de suas moléstias no âmbito doméstico, muitas vezes recorrendo a terapeutas não reconhecidos oficialmente. Em cidades maiores, os doentes que pudessem arcar com os gastos de uma internação poderiam recorrer a tratamentos em casas de saúde. Ainda havia pequenos hospitais de Irmandades voltados prioritariamente para o atendimento de seus membros.

O hospital da Irmandade da Misericórdia destacava-se por ser aberto a pessoas de qualquer grupo social, condição jurídica, idade e cor. A importância do hospital residia também na proximidade com a Faculdade de Medicina. A presença de professores e de alunos ajudou a modificar o cotidiano do hospital, ao mesmo tempo em que modificou a formação médica, pois tinham acesso a vários tipos de enfermidade, à botica, mesmo algumas aulas teóricas foram ministradas lá por determinado período.

Boa parte da receita da Santa Casa era constituída por legados e doações de cristãos, que além de exercerem a caridade e cuidarem da salvação de suas almas, adquiriam prestígio social no caso de pertencerem à Irmandade.[1] Entre os doadores,

* Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Doutora, FAPERJ e Casa de Oswaldo Cruz.

[1] O tema da caridade e da própria Santa Casa da Misericórdia tem sido abordado pela historiografia em diversos contextos como Melo, Mariana de. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1822*). Dissertação de mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1997; Mesgravis, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976; Abreu, Laurinda. *Memórias da alma e do corpo – a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage Editores, 1999; Sá, Isabel dos Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800*. Lisboa:

havia pessoas ligadas de alguma forma ao governo, inclusive o próprio imperador e ministros, o que proporcionava um constante diálogo com a administração da Santa Casa.

Essa proximidade entre a administração do hospital e o governo, era reforçada em parte por subvenções concedidas à Misericórdia através de direitos sobre loterias e do pagamento pela assistência a grupos específicos como africanos novos, marinheiros e doentes atingidos por epidemias, sendo cobrado pela Santa Casa em diversas situações.

Em contrapartida, o Estado interferia diretamente no cotidiano da Misericórdia, o que gerava conflitos, ao designá-la para ser local de aulas práticas e teóricas da Academia Médico-Cirúrgica (1813-1832)/Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (após 1832), ao sugerir que determinados médicos fossem empregados no hospital e ao definir os castigos que poderiam ser aplicados a seus empregados. Sobretudo, essa interferência ocorria através de certo direcionamento quanto à assistência que deveria ser oferecida à população.

A importância reconhecida pela Coroa do papel do hospital da Santa Casa na oferta de assistência à população e no controle de doenças, pode ser indicada na organização de comissões de melhoramentos e conservação do hospital da Misericórdia que foram sendo instituídas em função de problemas considerados relevantes em cada contexto. Em 1824, por exemplo, a comissão, formada por médicos, tinha o objetivo de apontar soluções para as finanças do hospital. Em meados de 1833, a regência instituiu outra comissão diante do "estado de decadência em que se acha a Santa Casa da Misericórdia desta Corte" e da ameaça de que os miseráveis ficassem privados "dos socorros, que nas ocasiões aflitivas lhes são necessários" (decreto de 05/07/1833, Ordens do provedor, Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (ASCMRJ)).

A relação entre o Estado e o hospital da Misericórdia, contudo, se modificava ao longo do tempo, dependendo dos grupos que detinham o poder em cada espaço, da presença dos médicos acadêmicos em suas enfermarias e de ameaças mais

---

Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, 1997; Russel-Wood, A. J. R.. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981. Contudo, existe uma lacuna em relação a estudos sobre os hospitais das Misericórdias no Brasil.

concretas de epidemias. Após a independência política do Brasil em relação a Portugal (1822), a ligação entre a Santa Casa e a Coroa evidenciava-se com a eleição de alguns provedores.

Durante o período imperial (1822-1889), existiram 28 provedores; todos eram pessoas de posse, alguns tinham título de nobreza. A provedoria de José Clemente Pereira (1838-1854) diferencia-se das anteriores por sua duração e por sua circulação entre os espaços da Santa Casa e do governo, uma vez que Pereira também foi deputado e senador, ocupando as pastas do Império, Guerra, Justiça e Fazenda, além de ter sido Conselheiro do Estado. Parece ter inaugurado um novo perfil de provedor, pois muitos dos que o sucederam também foram ministros, conselheiros de Estado, assim como deputados e senadores. É interessante notar que no Rio de Janeiro, capital do Império brasileiro, a esfera de poder na qual circulavam membros da irmandade e provedores era bem mais próxima à Coroa do que no caso de Misericórdias de outras cidades. Durante a provedoria de Clemente Pereira prevaleceu um bom entendimento entre a Santa Casa e a Coroa. Essa íntima relação com o governo parece ter beneficiado a Misericórdia, que durante a sua administração conseguiu manter em equilíbrio as suas contas, deu início e fim à construção de seu novo hospital e consolidou uma nova ordem em seu cotidiano.[2]

As duas enfermarias existentes no início do século XIX, que recebiam mais de cem doentes em cada uma, se desdobraram em quatorze mais dezesseis quartos de um leito e dezesseis, de dois,[3] em meados do Oitocentos. De um médico, um cirurgião, um boticário e alguns enfermeiros e serventes, no começo do século, a Santa Casa passou a administrar, na década de 1850, o trabalho de oito médicos e seus respectivos substitutos, um boticário e seus dez ajudantes, vinte e sete pensionistas, vinte e seis enfermeiros/as, vinte e oito serventes e dezoito irmãs de caridade. Apesar de terem variado bastante durante os períodos de epidemia.

Depois da inauguração do novo hospital, as estatísticas comprovavam aos olhos do corpo médico a eficiência da aplicação das regras de higiene. No ano de 1853,[4]

[2] Ver Abreu, Laurinda, Igreja, caridade e assistência na Península Ibérica (sécs.XVI-XVIII): estratégias de intervenção social num mundo em transformação. (ed.) Lisboa, Edições Colibri/CIDEHUS/UE, 2004.

[3] Em outro documento, há referência a 16 enfermarias de 1 e 2 leitos.

[4] Nos relatórios os anos diziam respeito ao ano compromissal, de julho de ano anterior a junho do ano referido.

a mortalidade nas enfermarias do velho hospital era de 30,8%, contrastando com os 8,9% encontrados no novo.[5] Até o final da década de 1850 a mortalidade média dos hospitais novo e velho variava em torno de 16%, quando se abatia do número de mortos aqueles que haviam falecido nas 24 horas após serem internados.

A importância da estatística na afirmação do hospital sob o comando predominante dos médicos acadêmicos, contribuiu para início de outra modificação no que diz respeito a que tipo de doente o hospital estava voltado, tanto em relação às doenças que seriam tratadas, quanto aos grupos que seriam admitidos gratuitamente.[6] Portanto, essas mudanças também tiveram conseqüências no tipo de doente que seria considerado adequado para ser internado, ou seja, um doente curável pela medicina acadêmica.

A administração procurava estimular a procura de doentes que pudessem pagar: podiam escolher o médico, teriam mais conforto com roupas de cama melhores e quarto individual ou duplo. Isso ajudaria a equilibrar o orçamento da Misericórdia.

De fato, após a inauguração do novo hospital, o número de doentes tratados à sua custa aumentou proporcionalmente de cerca de 10%, nas décadas de 1830 e 1840, para 17% no começo da década de 1850.

A crescente demanda por assistência no Hospital da Santa Casa

Ano após ano, os provedores da Misericórdia advertiam para o crescimento da demanda pelos serviços do hospital. A Irmandade da Misericórdia considerava que o seu hospital era voltado para o tratamento da pobreza, contudo, ao longo da primeira metade do século XIX, reclamava com freqüência da flexibilidade com que se aceitava doentes como pobres e escravos de senhores que se diziam pobres.

Dessa forma, procurava definir o que era pobre para facilitar a fiscalização.

No regimento do novo hospital, de 1852, no que diz respeito à posse de escravos, alterava-se a definição de pobre como aquele que tivesse apenas um escravo.

Não se tratava apenas de retórica da administração para se conseguir mais privilégios do governo, pois o crescimento do número de doentes internados era

[5] "Mapa dos enfermos, que se trataram no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, do 1º. de julho de 1852 até 30 de junho de 1853". IS 3 5, AN.

[6] Pimenta, 2003.

progressivo nos primeiros anos da década de 1850. Enquanto na década de 1830 e meados dos anos 1840, não se encontrava mais de 400 internados no dia a dia do hospital, não chegando a 5.000 por ano, em meados da década de 1850, encontrava-se de 750 a 850 pessoas internadas, somando mais de 8.000 internados ao longo do ano de 1856.(AN, IS 3 3, 4 e 5)

A cidade do Rio de Janeiro experimentou, durante a primeira metade do século XIX, um crescimento significativo em termos populacionais e econômicos. Em 1821, a cidade tinha 86.323 habitantes, dos quais 40.376 eram escravos; em 1849, existiam 205.906 moradores, sendo 78.855 escravos. Após 1850, com o fim do tráfico de escravos e com o aumento da imigração européia, o número de escravos declinou constantemente até a abolição em 1888.[7]

Pessoas de vários pontos do império eram atraídas ao Rio para atuar em diversos ramos de atividade, assim como imigrantes da Europa. Muitos dos que circulavam por aqui estavam de passagem, pois faziam parte da tripulação de algum navio mercante ou seguiriam para outra província. De todo modo, constituíam um grande número de pessoas ainda sem laços sociais estabelecidos que lhe direcionassem, em caso de enfermidade, para outras formas de tratamento além do hospital de caridade.

Ressalte-se que estes números não incluem os doentes de "moléstias reputadas contagiosas para os quais existe Enfermaria especial". O relatório referente ao ano de 1856 identificava claramente que o aumento seria devido ao progressivo acréscimo da população estrangeira.[8]

De fato, o crescimento do número de doentes internados foi acompanhado pelo número de estrangeiros internados, enquanto o número de livres nacionais e o de escravos permaneceram estáveis.[9] Por um lado, isso pode indicar a possibilidade de os estrangeiros, entendidos como europeus, terem sido mais vulneráveis a certas doenças

[7] Karasch, Mary. A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: Companhia das Letras, 2000; p.107-110

[8] "pois que, tendo chegado a haver diariamente 878 enfermos, este número se compunha de 118 pessoas nacionais, 600 estrangeiros e 160 escravos. Em regra o número dos estrangeiros é sempre o quíntuplo se não o sêxtuplo dos Nacionais e o mais atualmente." É importante notar que não foram encontrados os livros de entrada e saída dos doentes do hospital da SCMRJ no AN e no ASCMRJ.

[9] Os relatórios referentes aos anos de 1853 a 1857 apresentam os números de doentes internados classificados nas categorias "livres nacionais", "livres estrangeiros" e "escravos" (em alguns anos, separados em "escravos nacionais" e "escravos estrangeiros"), além da subdivisão por gênero.

com as quais não haviam tido contato anterior.[10] Por outro, além de apontar para provável preferência por outros modos de curar, essa situação também pode sugerir a existência de redes de solidariedade, de amparo que ajudaria a dispensar, em muitas ocasiões, a terapêutica acadêmica hospitalar.[11]

Em tempos de epidemias

A epidemia de febre amarela de 1849-1850, impulsionou uma tentativa de organização dos serviços de saúde, como a criação da Junta de Higiene Pública,[12] e de reestruturação da assistência à saúde oferecida à população, observada no direcionamento que Estado procurava impor à Santa Casa.

Nesse sentido, a Santa Casa recebeu uma concessão, em 1851, para estabelecimento e manutenção de cemitérios públicos nos subúrbios do Rio de Janeiro por cinqüenta anos com o ônus de manter três enfermarias permanentes para atendimento à pobreza. Em 1854, a irmandade foi aliviada da manutenção das enfermarias, em função de dívidas feitas para adquirir os terrenos para o cemitério, com a ressalva de que em épocas de epidemias deveria abrir três.[13]

A primeira grande epidemia do século XIX de febre amarela foi motivo de grande preocupação para o governo que pretendia estimular a imigração de trabalhadores europeus, justamente os mais atingidos pela doença.[14] Nessa época, a Santa Casa administrou seis enfermarias externas a seu hospital. A maioria das enfermarias funcionou por alguns meses, sendo que a da Ilha do Bom Jesus teve de ser

[10] Ver Kiple, Kenneth. The Caribbean slave – a biological history. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

[11] Conforme alguns estudos da historiografia da escravidão Ver Engeman, Carlos. "Vida cativa: condições materiais de vida nos grandes plantéis do sudeste brasileiro do século XIX", em Fragoso et al. (Orgs.) Nas rotas do Império". Vitória: EDUFES; Lisboa: IICT, 2006. p.437; Moreira, Paulo. Os cativos e os homens de bem – experiências negras no espaço urbano. Porto Alegre, EST Edições, 2003.

[12] Ver os estudos de, por exemplo, Benchimol, Jaime, Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora UFRJ; Pimenta, Tania, "Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855". Uma história brasileira das doenças. Nascimento, Dilene; e Carvalho, Diana (Orgs.). Brasília: Paralelo 15, 2003.

[13] Decreto n.583 de 5 de setembro de 1850; Decreto n.843 de 18 de outubro de 1851; Decreto n.775 de 2 de setembro de 1854; e IS 3 4 e 5, AN.

[14] Chalhoub, Sidney, *Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial.* São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

fechada devido ao "clamor geral" da população horrorizada com o isolamento da enfermaria onde a mortalidade seria altíssima.[15]

Cuidando do serviço médico, da contratação de médicos, enfermeiros e ajudantes, do aluguel da casa e da compra de medicamentos, alimentos e material de escritório, ao final, a Santa Casa encaminhava as contas de forma bem discriminada para que fosse ressarcida pelo Tesouro Nacional.

Assim, em 1855, a expectativa da chegada do cólera já se dava havia algumas décadas, o que possibilitou certo acúmulo de conhecimento. Desse modo, quando as manifestações da doença foram reconhecidas, a cidade foi rapidamente dividida entre comissões médicas para cada freguesia, que deveria contar com pelo menos um posto médico, tendo os endereços dos médicos como referência para a população. Essas informações e muitas outras eram constantemente publicadas nos jornais de maior circulação da cidade.

Médicos e boticários também divulgavam os seus serviços gratuitos à pobreza, assim como as pessoas que doavam dinheiro ou alimentos e roupas tinham os seus nomes anunciados. Certamente essas atitudes eram motivadas por sentimentos de compaixão e medo da disseminação da doença, mas também eram permeadas pela necessidade de demarcação do lugar que esses grupos mais abastados ocupavam na sociedade.

Além das três enfermarias que a Santa Casa deveria manter em épocas de epidemia, a Misericórdia também se responsabilizou por mais dez enfermarias externas a seu hospital.

Considerações finais

Analisando a forma como a assistência à saúde da população do Rio de Janeiro em meados do século XIX estava organizada, no período anterior e ao longo das epidemias de febre amarela e de cólera, podemos entender melhor como o Estado atuou nessa questão focando o estudo no hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

A proximidade da Irmandade com os espaços de poder político evidenciava-se pelo fato de vários provedores ocuparem cargos políticos legislativos e do executivo,

[15] IS 3 4, AN

fazendo parte dos círculos de confiança do imperador. Esta intimidade com o poder, enfatizada a partir do final da década de 1830, estava relacionada a uma situação mais estável nas finanças da Santa Casa.

Apesar de os gastos diretos com a saúde pública não chegarem a 5% na maior parte do século XIX, com exceção dos momentos de epidemias como em meados da década de 1850, quando somaram mais de 50%, o Estado imperial subsidiou a assistência à saúde prestada pela Misericórdia através da concessão de parte da renda sobre loterias e impostos sobre alimentos e vinhos, por exemplo.

Ainda que o hospital enfrentasse ano após ano o desafio de acomodar cada vez mais doentes, a dificuldade maior parecia ser mais estrutural do que financeira, segundo os relatórios da instituição. O governo também contribuía ao ressarcir a Santa Casa pelo atendimento de colonos imigrantes e de africanos livres[16] e ao pagar o aluguel pelo uso que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro fazia de seus prédios. Percebe-se, porém, que a ajuda era acompanhada do direcionamento da assistência à saúde, que é reforçado em época de epidemia. Dessa forma, quando o governo e as autoridades médicas se viram diante da ameaça eminente das epidemias de febre amarela e de cólera, continuaram a utilizar a organização e a estrutura da Irmandade da Misericórdia para lidar com a situação e assistir à população atingida.

Ao abordar a questão da assistência à saúde, é importante não esquecer o ponto de vista de quem seria assistido. Como vários estudos vêm demonstrando, notamos que nem sempre as pessoas que adoeciam ao longo do século XIX no Brasil aceitavam o tipo de assistência oferecida, nem a reconheciam como a melhor forma de aliviar seus sofrimentos.

[16] Africanos que chegaram ao Brasil através do tráfico de escravos depois de sua proibição em 1831. Essas pessoas ficavam sob custódia do Estado imperial quando os navios negreiros eram apreendidos.