

CRUZ JOBIM E AS DOENÇAS DA CLASSE POBRE O CORPO ESCRAVO E A PRODU- ÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX

 *Silvio Cezar de Souza Lima^{1,2}*

RESUMO

Durante a primeira metade do século XIX no Rio de Janeiro, a produção do conhecimento médico estava intimamente associada à prática e à observação dos pacientes em seus leitos, unindo o ensino na Faculdade de Medicina aos cuidados de saúde com os pacientes e, posteriormente, ao registro e divulgação das reflexões em teses, manuais, livros e periódicos. Este artigo investiga a construção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX a partir das experiências médicas de Cruz Jobim na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Ao analisar discussões publicadas nos periódicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e os textos de Jobim, demonstramos a importância dos pacientes escravizados em tratamento naquele estabelecimento para a construção de teorias etiológicas que influenciaram a medicina brasileira por todo o século XIX. Assim, é possível perceber o quanto a produção de saberes e o cotidiano das práticas médicas esteve completamente imerso no universo da escravidão.

PALAVRAS-CHAVE

História da Medicina – escravidão – século XIX – História das Doenças.

¹Universidade Federal Fluminense. Niterói – Rio de Janeiro – Brasil.

² Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: silviolima@id.uff.br.

CRUZ JOBIM AND THE POOR CLASS DISEASES THE SLAVE BODY AND THE KNOWLEDGE PRODUCTION IN THE FIRST HALF OF THE 19TH CENTURY

 *Silvio Cezar de Souza Lima*

ABSTRACT

During the first half of the 19th century in Rio de Janeiro, the medical knowledge that was being created was intrinsically linked to the practice and observation of the patients in their hospital bedding, and with the union of the University of Medicine to the caring of the patients and afterwards, the registration and disclosure of the connections with the theses, manuals, books and newspapers. This article reviews the construction of the medical knowledge of the first half of 19th century based upon the medical experiences of Cruz Jobim at the Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. From those speeches published on the journal for the Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro and the texts from Jobim, we can show the importance of the patient slaves held on the establishment for the construction of etiologic theories that influenced the Brazilian medicine for the 19th century. Thus, it is possible to realize how much the production of knowledge and medical practices was completely immersed in the slavery context.

KEYWORDS

History of Medicine –slavery – 19th Century – History of Diseases.

No dia 30 de Junho de 1834, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro reuniu-se em sessão solene para celebrar seu aniversário de fundação. O evento era cercado de pompa e circunstância e, tal era sua magnitude, que contava com a presença do infante imperador, junto com seu tutor, Marquês de Itanhaém, e o Presidente da Regência. Era momento de festejo e de construção da consolidação do processo de institucionalização deste campo científico. Sob a proteção de Sua Majestade, aquela associação aproveitava este momento para estreitar suas relações com o poder imperial. Coube ao Presidente daquela agremiação, Doutor José Martins da Cruz Jobim (1802-1878)³ fazer o discurso principal da noite, que se tornou um dos principais textos médicos brasileiros do século XIX.

O *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro* teve muita influência na medicina imperial e é um documento de extrema importância para a história da saúde. A partir do discurso de Jobim, é possível investigar os métodos de produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX e estabelecer conexão entre a escravidão e o aprendizado médico a partir da análise dos textos produzidos no conjunto de instituições responsáveis pelo processo de legitimação da medicina no país.

Neste período, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Academia Imperial de Medicina eram instituições que, apesar de independentes entre si, possuíam juntas uma sinergia capaz de concentrar o discurso médico do período e divulgá-lo por meio de artigos emperiódicos médicos

³José Martins da Cruz Jobim nasceu em 26 de fevereiro de 1802 em Rio Pardo, na província do Rio Grande do Sul. Formou-se Bacharel em ciências físicas (1826) e doutorou-se em medicina (1828) na Faculdade de Medicina de Paris. Foi admitido como médico da Santa Casa de Misericórdia ainda em 1828, onde chefiou duas enfermarias. Foi um dos cinco fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), que posteriormente tornou-se Academia Imperial de Medicina. Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi lente de medicina legal e, posteriormente, diretor da instituição. Além de sua grande carreira como médico, Jobim foi Deputado (1849-1851) e posteriormente Senador do Império até falecer em 1878. DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). José Martins da Cruz Jobim. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ligados à Academia Imperial de Medicina. A construção do conhecimento passava pela experiência prática que os estudantes e médicos tinham com os doentes na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, que constituía material para relatórios e artigos lidos na Academia, discussões sobre doenças e meios de combatê-las, novas técnicas cirúrgicas, o uso de remédios, entre outras matérias médicas. Estas discussões eram divulgadas para os pares e sociedade letrada a partir de sua publicação no periódico daquela agremiação⁴, difundindo o conhecimento produzido, assim como os projetos daquela elite médica.

Foio neste contexto de uma cidade repleta de escravizados e forros, pretos e mulatos livres que os médicos aprenderam, ensinaram, treinaram e foram treinados na profissão de Hipócrates. Ainda, discutiram a existência de doenças características dos trópicos, singularidades nosológicas do Brasil e da África, ao mesmo tempo em que as questões acerca da legalidade e legitimidade da escravidão começaram a ser debatidas e que médicos declararam que a vulnerabilidade dos negros era fruto de má alimentação e das condições de trabalho.

Foio neste ambiente também que as práticas de cura dos negros foram debatidas nos periódicos médicos, que publicaram descrições de práticas de curandeiros cativos contra doenças como a lepra⁵. É possível observar também neste momento as resistências da população negra e escrava aos remédios dos “brancos”⁶. Dessa forma, o discurso médico sobre o escravo também formou-se na mediação dos

4 A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (posteriormente Academia Imperial de Medicina) publicou diversos periódicos. Apesar de sua estrutura ter sempre se mantido a mesma, seu nome foi alterado diversas vezes. Consideramos aqui, para efeito de análise, todos estes periódicos como o periódico da Academia.

5 FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

6 CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera*: Recife, 1856. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). Op. cit., 2003.

interesses de médicos, políticos, classe senhorial e dos negros libertos e escravizados, africanos e crioulos.

Para além do discurso político, a própria formação profissional estava intimamente ligada ao cotidiano da escravidão. Para experimentar procedimentos ainda incertos em relação à possibilidade de cura sem colocar em risco sua reputação profissional, os médicos submetiam a estes tratamentos os pacientes pobres e os escravizados que eram encontrados principalmente nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Além dos testes com novos remédios e tratamentos, o corpo do escravo foi também campo de verificação do desenvolvimento de doenças.⁷ Desta forma, analisar o *Discurso sobre as moléstias que afligem as classes pobres do Rio de Janeiro* e o seu processo de criação é um caminho interessante para construir uma história social do pensamento médico que leve em conta as relações entre a elite médica da Corte Imperial e a escravidão.

O contexto da produção dos escritos médicos é muito importante para a compreensão dos motivos que levam a crer na existência do interesse daquele grupo pela saúde do escravizado. Em primeiro lugar, temos que levar em conta as especificidades do texto científico. Este é criado respeitando um conjunto de regras estabelecidas por seus pares, que compartilham as mesmas visões de mundo e conjuntos de conhecimentos (ou crenças, se preferirmos) adotados, aceitos e forjados dentro de um contexto maior: o saber médico.

Quando um membro da Sociedade de Medicina escreve um artigo sobre elefantíase dos gregos, tísica ou opilação, ele mobiliza uma série de conhecimentos identificáveis por outros profissionais em diversas partes do mundo, obedecendo a regras próprias, com sistemas de testes particulares. Se o conhecimento científico tem suas especificidades, ele é, ainda assim, uma produção humana, cultura, mediada por valores sociais e culturais de seu tempo e lugar:

⁷ LIMA, Silvio Cezar de Souza. *O Corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)*. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

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

Esses atores tiveram vidas não somente na ciência, mas nas sociedades mais amplas das quais eles eram membros.”⁸

Desta forma, entendemos que os médicos confiavam em suas práticas e, acima de tudo, acreditavam firmemente que seriam capazes, através de suas reflexões e procedimentos, de alcançar seus objetivos principais: combater e prevenir doenças. No entanto, este conhecimento que se propõe objetivo, imaculado de interesses “mundanos”, é produzido por seres mergulhados em questões próprias de seus contextos, o que propicia o entendimento da ciência enquanto uma prática cultural: “a ciência sendo um dispositivo que produz e inventa uma ordem e não um dispositivo que “desvela” a ordem escondida da natureza”⁹.

Pensamos a produção do discurso médico do século XIX a partir das ideias concebidas por Ludwik Fleck (1896-1961), para quem a produção do conhecimento científico é socialmente construída.¹⁰ O conhecimento, para Fleck¹¹, se desenvolve por intermédio de um coletivo construído pelas concepções dos cientistas, que interpretam os

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

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

10 SCHÄFER, Lothar; SCHNELLE, Thomas. Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik-Fleck de la teoría de la ciencia. In: FLECK, Ludwik. La génesis y desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza, 1986. p.17. LÖWY, Ilana. Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. I, n.1, 1994. p.12.

11 FLECK, Ludwik. Op. cit., p.86.

dados empíricos e moldam a realidade de acordo com sua visão de mundo, a fim de explicá-la. O conhecimento é vinculado e está na dependência de fatores socioculturais e empíricos, exercendo influências sobre a realidade social – sendo, portanto, o resultado sócio-histórico de um coletivo.

Assim, devemos perceber a medicina como prática social, influenciada pelas questões de seu tempo, mas também obedecendo a regras construídas em conjunto, em seus coletivos de pensamento em âmbito nacional e internacional. Um médico do início do século XIX acreditava profundamente na ciência que produzia¹², porém esta criação estava impregnada com as questões de sua época, como a escravidão, o fim do tráfico negreiro e a construção da identidade nacional. O pensamento médico é formado e informado por este contexto a partir do convívio diário dos médicos com cativos africanos e crioulos em todos os âmbitos de suas vidas públicas e privadas. Estes profissionais encontravam os escravizados nas enfermarias da Santa Casa, nas mesas de dissecação, em seus consultórios particulares,

¹² Assim como os médicos contemporâneos e de outras épocas.

nos discursos de seus pares na Academia Imperial de Medicina, nas ruas e, muito provavelmente, em suas próprias casas¹³.

Pacientes escravos na Santa Casa

O hospital da Misericórdia mostrou-se um local importante para o treinamento e produção de conhecimento médico¹⁴, mesmo antes da criação da Faculdade de Medicina. Uma questão se desvela a partir desta constatação: porque a Misericórdia tornou-se um lugar propício para o ensino médico? Acreditamoque definir o tipo de pessoas atendidas por esta irmandade esclareça pontos importantes para o estabelecimento de um panorama dinâmico das relações entre ensino e produção de conhecimento médico e a sociedade. A assistência médica da Misericórdia tinha como um dos seus aspectos fundamentais a cura e o conforto espiritual de doentes, sobretudo dos mais pobres, desamparados, que teriam direito ao atendimento gratuito. Sendo um estabelecimento voltado para a caridade, a maioria dos doentes tratados nesta instituição estava inserida na elástica classificação de pobreza. Se não podemos limitar a abrangência desta cate-

¹³ Durante grande parte do século XIX o Rio de Janeiro foi a “maior cidade escravista das Américas, com a principal concentração de africanos”. Sobre o assunto, ver: GOMES, Flávio dos Santos et al. *Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX*. São Paulo: Alameda, 2006. SOARES, Carlos Eugênio L.; GOMES, Flávio dos Santos; FARIAS, Juliana B. *No labirinto das nações: africanos e identidades no Rio de Janeiro, século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. Não seria um exagero dizer que a capital do Império do Brasil era, em 1830, a maior metrópole “africana” do planeta. Segundo Luiz Felipe de Alencastro: “considerando que a população do município praticamente dobrou nos anos 1821-1849, a corte agregava nesta última data, em números absolutos, a maior concentração urbana de escravos existentes no mundo desde o final do Império romano: 110 mil escravos para 266 mil habitantes.” ALENCASTRO, Luiz Felipe de. *Vida privada e ordem privada no Império*. In: NOVAIS, Fernando A. (org.). *História da vida privada no Brasil*. vol. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

¹⁴ Sobre as relações entre a Faculdade de Medicina e o hospital da Santa Casa de Misericórdia, ver: PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. 2003. Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

goria, podemos ao menos verificar a definição de “pobre” encontrada no regimento da Santa Casa:

Art. 16º Serão admitidos como Pobres:

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

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

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

4º Os escravos daqueles senhores, que mostrarem não possuir mais do que dois escravos.¹⁵

Portanto, estão inseridos neste grupo os recém-imigrados, libertos, africanos livres, escravizados, marinheiros, pessoas de várias partes do Império que chegavam atraídas pelo crescimento da cidade e toda uma gama de indivíduos sem relações sociais que viviam e circulavam pela cidade.¹⁶ Embora os termos da pobreza estejam bem definidos no regimento de 1827, é importante ressaltar que isso não impedia a assistência aos que procuravam atendimento médico na Santa Casa, mesmo que não provassem ser pobres. Entre a massa de pobres e desvalidos que procuravam ajuda e cura para seus males, destacamos um grupo em especial: os cativos.

Grande parte dos pacientes atendidos no hospital da Santa Casa de Misericórdia eram escravizados. Embora faltem estatísticas com o número anual de atendimentos a estes pacientes no hospital, temos informações provenientes de documentação diversa que relatam o grande número de cativos que utilizavam o hospital para tratar de sua saúde. Um grande indício da presença destes pacientes é o mapa dos batismos, óbitos e casamentos no município da corte, publicado a partir de 1835 nos relatórios anuais do ministério do Império. Por

15 PIMENTA, Tânia Salgado. Op.cit., 2003. p. 147.

16 PIMENTA, Tânia Salgado. Op.cit., 2003. p. 148.

meiodo número de óbitos de escravizados na Misericórdia, podemos perceber a profusão destes pacientes no hospital.¹⁷

Seu acesso à Santa Casa se dava de múltiplas formas. Não raro, os cativos eram internados na Misericórdia por iniciativa de seus senhores, e aqueles que não tinham direito à gratuidade pagavam pelas consultas de seus enfermos. Ubaldo Soares fez uma lista com nomes de alguns dos ilustres senhores que pagaram pelo tratamento de seus escravos na Misericórdia. Entre eles estão o Conselheiro Agostinho Marques P. Malheiros, o Barão de Mauá, o Barão de Nova Friburgo, o Conselheiro José Thomaz Nabuco de Araújo, o Visconde de Baependi e o próprio José Clemente Pereira, entre outros importantes membros das elites do Império¹⁸. A procura de tratamento de saúde para seus cativos naquele hospital era uma prática cotidiana na corte. O próprio governo imperial enviava seus escravizados para ficarem sob os cuidados médicos da Santa Casa.¹⁹

A Santa Casa também possuía escravos que trabalhavam nas dependências do hospital e eram responsáveis pelos mais diversos tipos de atividades na irmandade, desde a limpeza do prédio, transporte de dejetos, reparos, ou encarregados de atividades ligadas a práticas de cura, como barbeiros e enfermeiros. Pacientes ou mão de obra, podemos perceber que os escravizados eram uma peça importante da estrutura de funcionamento do hospital. A estreita ligação entre o aprendizado médico e os serviços da Santa Casa nos leva a imaginar a proximidade dos médicos com pacientes escravizados em seu dia a dia de aprendizado, treinamento e práticas médicas.

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

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

19 PIMENTA, Tânia Salgado. Op.cit., 2003. p.149-150.

A construção dos saberes médicos baseada na investigação do corpo humano criou novas necessidades de estudo. A patologia ganha uma nova configuração em que o estudo da anatomia se torna fundamental²⁰. Nesse sentido, a busca por dissecações de cadáveres dos doentes para conhecer os impactos da doença no corpo, ou mesmo a indagação se este era a sede destas doenças, era crucial para o aprendizado e treinamento da profissão²¹. A necessidade de estudar detalhadamente as doenças e classificá-las, assim como a busca de corpos para o estudo, tornaram o hospital cada vez mais um lugar de treinamento e aprendizado médico em associação com as faculdades²². Assim, podemos entender como se configuraram as relações entre hospital e aprendizado médico no contexto da institucionalização da medicina acadêmica nos quadros nacionais.

Neste contexto, os enfermos alojados nos hospitais e aqueles que morriam tornavam-se campo de prova e treinamento para médicos e cirurgiões. Doentes internados nas enfermarias da Santa Casa, sobretudo os escravizados, tornariam-se objeto de observações e de aprendizado nas mesas de dissecação. Esta prática cotidiana nos hospitais era apresentada em discursos na Academia Imperial de Medicina ou publicada em seus periódicos médicos. Assim, podemos perceber como o uso do corpo escravo na produção de conhecimento médico, analisando as descrições de tratamentos e a observação de suas doenças, foi capaz de fornecer subsídios para a produção de literatura médica especializada sobre enfermidades que grassavam a população pobre.

A observação dos pacientes e a síntese médica na literatura especializada

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

21 GRANSHAW, L. The Hospital. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (org.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 2. London: Routledge, 2001.

22 GRANSHAW, L. Op.cit., 2001. Especificamente sobre o estudo a partir do corpo escravo, vertambém: SAVITT, T.L. *Medicine and Slavery: The diseases and Health Care of Blacks in Antebellum Virginia*. University of Illinois Press, 2002.

Entre as moléstias de que é afetada a classe miserável do Rio de Janeiro, os escravos sobretudo, ocupam um dos primeiros lugares a tísica pulmonar tuberculosa e certa moléstia conhecida como opilação²³.

Assim o Dr. Jobim inicia uma de suas comunicações à Academia Imperial de Medicina. *Observações sobre a tísica pulmonar e a enfermidade vulgarmente conhecida como opilação* foi lido no dia 1º de outubro de 1831, em sessão da Sociedade de Medicina, e publicado apenas duas semanas depois, no *Semanário de Saúde Pública* lançado no dia 15 do mesmo mês e ano. A celeridade com que seu discurso se tornou um artigo do periódico ligado àquela agremiação é um indício da relevância daquele texto para seus pares.

O artigo trazia elementos pouco explorados entre os escritos dos médicos brasileiros. Jobim estudou os pacientes da Santa Casa de Misericórdia e, a partir de suas observações, estabeleceu características próprias daquelas doenças no Brasil. De acordo com suas investigações, tanto a tísica quanto a opilação se apresentavam de maneira diferente das observadas na Europa, de forma que mereciam um estudo detalhado de suas características, causas e prejuízos aos doentes.

Com base nestas diferenças, procurou demonstrar a singularidade da opilação que observou no Rio de Janeiro e propôs a constituição de uma nova entidade patológica. Este seu primeiro estudo promoveu uma grande discussão entre seus pares sobre as enfermidades que seriam mais comuns entre os *miseráveis*, dentre os quais os escravizados, e ainda sobre a etiologia da opilação²⁴. O debate entre os médicos foi registrado na ata da reunião e publicado no periódico²⁵. Possivelmente, o interesse despertado pelo tema e a repercussão que teve a nova doença descrita em seu estudo o fez continuar e, quatro anos mais tarde, apresentar um segundo discurso, mais detalhado e

23 JOBIM, José Martins da Cruz. *Observações sobre a tísica pulmonar e a enfermidade vulgarmente conhecida como opilação*. *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.42, out. 1831.

24 JOBIM, José Martins da Cruz. *Op.cit.*, 1831.

25 *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.54, jan. 1832. p.255.

que revisava e ampliava seus apontamentos acerca das doenças observadas.

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

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

Proponho-me a tratar das moléstias mais frequentes na classe pobre do Rio de Janeiro, expondo as modificações essenciais com que elas se apresentam no nosso clima, e tais quais as tenho observado no Hospital da Misericórdia²⁶.

O discurso é, antes de tudo, um relato circunstanciado de sua experiência no Hospital da Misericórdia, onde passou seis anos observando os doentes cotidianamente. Para Jobim, o hospital representava a síntese nosológica da cidade, na medida em que era o único

26 JOBIM, José Martins da Cruz. *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro*. *Revista Médica Brasileira*, Rio de Janeiro, n.6-7, 1841. p. 294.

grande hospital da cidade aberto ao atendimento caritativo. Decerto, havia outros meios de se conseguir cuidados médicos para aqueles que não tinham recursos. A sociedade de medicina criara uma comissão de consultas gratuitas para atender a população, principalmente os cativos que posteriormente receberam o mesmo serviço oferecido pelos homeopatas²⁷.

Além destes esforços coletivos, era possível contar com o espírito filantrópico individual de alguns médicos. Era, porém, de conhecimento público a disponibilidade de leitos da Santa Casa para a “classe pobre”. Desta forma, o hospital fervilhante de pacientes apresentando as mais diversas doenças ou vítimas de variados acidentes representava para aquele professor da Faculdade de Medicina o microcosmo do quadro de saúde deste grupo social específico.

Foi a partir de sua vivência cuidando dos doentes nas enfermarias daquele “pio estabelecimento” que o facultativo observou as moléstias para descrevê-las e sugerir modos de cura e até mesmo de prevenção. Segundo Jobim, ficavam internados no hospital mais de 400 enfermos ordinariamente. Portanto, ele tinha constantemente à sua disposição um grande número de pacientes que ofereciam pouca resistência à investigação médica. Sabemos, por outras fontes, qual era o perfil social dos atendidos por aquele hospital; entretanto, é importante verificar que tipos de doentes eram objeto de interesse do médico:

27 Sobre a Comissão de Consultas Gratuitas da Academia Imperial de Medicina, ver: LIMA, Silvio Cezar de Souza. Op.cit., 2011. Sobre as consultas gratuitas oferecidas aos escravos pelos homeopatas, ver: PIMENTA, Tânia Salgado. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

Nossas observações versam particularmente sobre homens adultos, quase todos trabalhadores, brancos ou de cor, nacionais ou estrangeiros, de ofícios diferentes, **como escravos de diversas condições**, marinheiros, sapateiros, pedreiros, carpinteiros, feitores, correeiros, ferreiros, cozinheiros, caixeiros, etc. **São estes os homens que pelo seu gênero de vida, pela natureza dos alimentos de que fazem uso**, pelo seu deboche e miséria são mais expostos às influências morbíficas e climatéricas.²⁸

A pobreza para Jobim estava intimamente ligada ao trabalho pesado e, em particular, à escravidão. Além disso, o tipo de atividade exercida pelo enfermo poderia ser um dos fatores que ocasionavam suas doenças. Seu interesse particular pelas atividades exercidas e pela alimentação destas classes estava diretamente relacionado às suas concepções teóricas sobre saúde e doença.

Jobim era adepto das ideias do médico François Broussais, procurando as doenças principalmente nas lesões orgânicas. Estas seriam ocasionadas a partir de um desequilíbrio entre o corpo e o ambiente, a partir de uma explicação neo-hipocrática. Neste contexto, devemos entender o ambiente como uma série de fatores externos que teriam influência sobre o equilíbrio do corpo. Em ambos os estudos de Jobim, a tríade hipocrática hábitos, alimentação e clima foram fundamentais para fornecer as explicações causais das doenças e, a partir de sua identificação, definir as estratégias para combatê-las.²⁹

Apesar das causas das doenças estarem atreladas ao clima, costumes e condições de vida, para Jobim os próprios doentes eram

28 Grifos do autor. JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p. 296.

29 Sobre as concepções teóricas de Jobim e a influência de Broussais, ver: KURY, Lorelai. *O Império dos Miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. 1990. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990. FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*. 1996. 176f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Sobre o neo-hipocratismo, ver: KURY, Lorelai. Op.cit., 1990. JORDANOVA, Ludmila. *Earth Sciences and environmental Medicine: the synthesis of the late Enlightenment*. In: _____; PORTER, Roy (org.). *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*. Chalfont St. Giles: B.S.H.S., 1979.

responsáveis por aquele quadro. Em suas investigações, identificou uma grande disparidade entre o número de atendimentos de doenças crônicas e de doenças agudas. O motivo que concorreu para que o hospital recebesse a proporção de cem doentes crônicos para oito ou dez acometidos por moléstias agudas seria “o desleixamento entre a classe pobre de se tratar desde o princípio das suas moléstias; ordinariamente, ela só procura aquele asilo quando o mal tem progredido muito e é quase sem recursos”. E, como resistiam à procura dos profissionais de saúde, utilizavam por conta própria “medicamentos intempestivos e incendiários” ou ainda faziam uso de “bebidas alcoólicas que os vão insensivelmente estragando”³⁰.

Entretanto, não é muito difícil entender os motivos da resistência dos doentes ao hospital. Ao grande número de mortes dos enfermos internados somava-se amá impressão que o ambiente hospitalar devia deixar naquele período³¹, considerado insalubre pelo próprio Provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, em seu relatório³². Além da contínua visão dos mortos, o cheiro dos excrementos que permanentemente empestava o ar das enfermarias sob os gemidos dos doentes e gritos dos “loucos” trancafiados em salas. Eram frequentes os surtos epidêmicos de bexigas e sarnas, além de outras doenças, evocando a ideia de que o paciente poderia deixar aquele lugar mais doente do que quando entrou. Este cenário lúgubre devia incutir a sensação de que, após entrar no hospital, eram poucas as chances de sair curado.

Desta forma, os doentes lançavam mão de todos os recursos à sua disposição antes de ir para o hospital, desde a consulta com um mezinheiro, o uso de chás de ervas ou mesmo de purgantes ou energéti-

30 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p.297.

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

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

cos. O recurso da automedicação, além de não configurar uma exclusividade da classe pobre, era muitas vezes estimulado por médicos, farmacêuticos ou boticários³³. O próprio Sigaud, em seu artigo *Os remédios da moda e a moda dos remédios*, relatava o uso abusivo de medicamentos sem consultar um prático. A única diferença era a divisão social das preferências pelos medicamentos:

A classe inferior da sociedade gosta e gostará dos purgantes, e entre estes os drásticos serão os mais queridos. Os proletários e os escravos adorarão sempre os tônicos, e o álcool será o emblema de sua predileção. Para a classe remediada ficam os minorativos, e os antiflogísticos para os ricos³⁴.

O medo do hospital, a disponibilidade de outros sistemas de cura e a facilidade de acesso a todo o tipo de remédio seriam os principais motivos para que doentes adiassem ao máximo a procura pelos cuidados médicos no Hospital da Misericórdia. Ainda assim, Jobim testemunhou o tratamento de centenas de doentes acometidos por um grande número de enfermidades. Apesar de não produzir uma estatística médica sistematizada, identificou a partir de seu olhar empírico as moléstias mais frequentes dentre inúmeras outras:

tubérculos pulmonares, febres intermitentes com a sua corte numerosa de efeitos consecutivos; e uma moléstia que me parece nossa particular propriedade conhecida geralmente pelo nome de opilação.³⁵

A percepção de Jobim de que a tuberculose e a opilação eram as doenças que mais afligiam os pobres, sobretudo os “pretos” e cativos, não era consenso entre os médicos. Durante a leitura de suas primeiras observações sobre a tísica, o cirurgião Jacinto Rodrigues Pereira

33 FERREIRA, Luiz Otávio. Op.cit., 1996. p.160-164.

34 SIGAUD, Joseph-François-Xavier. Os remédios da moda e a moda dos remédios. *Diário de Saúde*, Rio de Janeiro, n.4, 1835.

35 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p.297.

Reis discordou de seu colega e apontou as afecções gástricas como a “moléstia mais frequente dos pretos e da classe pobre deste país”. Jobim reconheceu a relevância do comentário de seu colega, pois em seu discurso posterior escrevera:

As irritações crônicas gastrointestinais são muito frequentes nos pretos e nos indivíduos que abusam das bebidas alcoólicas, também o são nos velhos, determinando diarréias ordinariamente mortais.³⁶

Se no Rio de Janeiro havia divergências sobre qual doença era o flagelo dos escravizados e pobres, océlebre Dr. José Lino Coutinho (1874-1836) afirmava que na Bahia, de acordo com suas observações, “os pretos eram pouco sujeitos à tísica”. As enfermidades mais frequentes naquela província seriam “as do tecido dérmico, e as do aparelho digestivo”, afirmação confirmada pelo cirurgião Cláudio Luiz da Costa (1798-1869), que declarou ter “tratado de muitos pretos no recôncavo da Bahia”.

A percepção inicial do médico sobre as principais doenças que atingiam aqueles que viviam na pobreza sofreu alterações a partir do diálogo com outros médicos e com o acúmulo da prática profissional. Em seu segundo texto, Jobim incorporou a seus estudos outras doenças. Entre estas, algumas eram especialmente ligadas aos escravizados ou à escravidão. Muitas das enfermidades citadas como peculiares aos pobres acometiam frequentemente os negros, fossem eles cativos ou libertos, como a sífilis, a boubá e as bexigas.

Entretanto, algumas doenças foram identificadas por Jobim como específicas dos “pretos” e escravizados. As afecções gástricas, consideradas pelo cirurgião Jacinto Reis como uma das principais causas de mortalidade entre cativos e libertos, como vimos acima, foram associadas aos abusos das bebidas alcoólicas. As verminoses também foram consideradas como moléstias característica dos “pretos”, sendo raro durante as autópsias não encontrar pelo menos “uma

36 JOBIM, José Martins da Cruz. *Op.cit.*, 1841. p.301.

ou duas ascáridas no estômago”³⁷. Entretanto, o tétano era considerado pelo médico como uma doença característica dos negros e dos cativos, de tal forma que o médico não descartava a hipótese desta ser uma moléstia ligada à sua constituição biológica:

O tétano é muito presente nos escravos africanos, e muito raro nos brancos; a maior frequência nos primeiros, dotados de uma constituição menos nervosa, **será devida à maior disposição destes indivíduos à moléstia** ou a serem eles mais expostos as suas causas?³⁸

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

É notável que as nossas intermitentes **sejam menos mortíferas nos pretos africanos, do que nos nascidos no Brasil e nos brancos**, o que pode ser devido ao hábito naqueles de sofrerem melhor as intempéries da atmosfera, ou a circunstância de se acharem eles acostumados por geração às impressões miasmáticas, que as produzem.³⁹

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

A classificação do alvo das moléstias é um valioso indício da importância dos escravizados no processo de investigação de Jobim. Ao perceber que uma série de doenças são mais ou menos mortíferas em “pretos”, “escravos” ou “africanos”, o médico os elege como parâ-

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

38 Grifos do autor. JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p. 303.

39 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p. 345-346.

metro de verificação nosológica. Mesmo uma doença como as febres intermitentes, em que as principais vítimas seriam “os nascidos no Brasil e os brancos”, os “pretos africanos” não deixam de ser um parâmetro, desta vez de imunidade.

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

As metamorfoses da Opilação

Por meio de uma análise comparativa, é possível perceber a continuidade narrativa entre os dois textos analisados a partir dos pacientes, objetos de seus estudos. Entretanto, apesar de ambos versarem sobre as doenças mais comuns nos leitos da Santa Casa e, por extensão, representarem para Jobim as enfermidades relacionadas à pobreza, o ponto principal dos dois artigos era a redefinição etiológica da opilação.

Em seu primeiro texto, Jobim construiu uma definição de doença que recebeu críticas de outros acadêmicos. Cinco anos depois reavaliou suas observações e construiu a nova caracterização nosológica da *hipoemia intertropical*. Em suas primeiras observações sobre as doenças na Santa Casa de Misericórdia o médico demonstrou especial atenção para a moléstia. A disponibilidade dos corpos para o exame anatomopatológico naquele hospital lhe propiciou um manancial de evidências que mobilizou em favor da construção de sua teoria:

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

Os negros, os roceiros, os estrangeiros que vivem na miséria são os mais sujeitos a ela (...) ⁴⁰

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

A umidade e os alimentos nos parece ser a causa principal desta moléstia, ela é tão comum nas fazendas úmidas que ficam abaixo da serra, que de cem escravos perecem dela ordinariamente quatro a oito por ano. Este fato deplorável era pouco atendido no tempo em que com facilidade se podia suprir os que morriam, com outros novos, mas hoje os senhores se assustam de ver que em pouco tempo poderão ficar sem escravo algum, e procuram com mais desvelo remédio para esta assim como para outras moléstias, que tornam a mortalidade horrível entre a nossa escravatura. ⁴¹

Para Jobim, a *opilação* ou *anemiaintestinal* era um flagelo para os escravizados e tornou-se preocupação também de seus proprietários, assombrados com as incertezas geradas com a recente ilegalidade do tráfico de africanos, que consideravam fundamental para a reposição de mão de obra em seus plantéis. Esta intranquilidade provavelmente motivou muitos senhores a procurarem médicos para cuidar de seus cativos enfermos e, ainda, a buscarem o hospital da Santa Casa com a esperança de não perder seu investimento. A apreensão sobre

⁴⁰ Grifos do autor. JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1831 p. 208.

⁴¹ JOBIM, José Martins da Cruz Op.cit., 1831 p. 208-209.

o futuro da mão de obra pode ser considerada um dos fatores que aumentou a visibilidade desta enfermidade para os médicos, tendo em vista o recrudescimento da procura de meios de combate à doença pelos fazendeiros em suas escravarias.

Podemos perceber a continuidade entre os estudos sobre a opilação nos dois artigos publicados por Jobim e a influência que a discussão acerca do seu primeiro discurso teve sobre a escrita do segundo texto. A discussão entre os acadêmicos foi tão importante que, provavelmente, foi a partir dela que Jobim rebatizou a já renomeada *anemia intestinal* para *hipoemiointertropical*.

Não era uma simples questão de nomenclatura. A mudança de denominação da doença trazia consigo um novo conceito e um deslocamento teórico: da percepção da doença influenciada pelo *brousséismo* para um determinismo ambiental de matriz neo-hipocrática. Para comprovar suas teorias foi necessário utilizar os corpos dos enfermos da Santa Casa como evidência empírica.

Analisemos as metamorfoses da conceituação desta enfermidade nos escritos de Jobim e a discussão dos acadêmicos em torno da natureza daquela doença. Em seu estudo inicial sobre a opilação⁴², Jobim concluiu que o termo *opilação* induzia ao erro, pois não se tratava de uma obstrução de vasos, equívoco atribuído ao “humoralismo antigo”, que “só via alterações dos líquidos em todas as moléstias e atribuía a eles todas as desordens”. Tratava-se sim, segundo ele, de uma anemia ligada diretamente às funções intestinais por esta proceder da alimentação e promover alteração nos intestinos. Desta forma, a denominou *anemiaintestinal*⁴³.

A nova caracterização de Jobim para a opilação provocou discordâncias entre seus colegas. Durante o debate, esta nomenclatura foi considerada inapropriada por Jacinto Rodrigues Pereira Reis, cujo argumento era que a falta e a alteração de sangue consequentes desta doença não estavam limitadas aos intestinos: elas se manifestavam

42JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1831.

43JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1831. p.209.

em todas as membranas, mucosas do corpo e, para demonstrar aos presentes que conhecia bem a doença, declarou ter curado um escravizado com o uso do éter sulfúrico⁴⁴.

Lino Coutinho apresentou como adendo ao conjunto de sintomas da doença a pulsação forte e visível das carótidas. Além disso, afirmou que, na Bahia, esta enfermidade era frequente entre os cativos. Lá era chamada de *cansaço* e o “vulgo” costumava tratá-lo com o sumo da gameleira⁴⁵.

Outro testemunho do sócio correspondente e ex-Presidente Honorário da Academia foi mobilizado para confirmar as teorias de Jobim a respeito das influências ambientais sobre o desenvolvimento da doença. O médico relatou que viu na Bahia muitos soldados que contraíam a doença voluntariamente dormindo no chão com o intuito de “se esquivarem do serviço militar”. Segundo o relato, os praças ficavam doentes “quase de um dia para o outro”⁴⁶.

Os relatos reforçaram a ideia da umidade como principal causa da doença, que também estava associada a uma alimentação inadequada. Afirmava que os opilados se alimentavam quase exclusivamente de substâncias feculáceas, como feijões, farinha de mandioca e milho. Estes alimentos relacionados a outros garantiriam uma boa dieta. Contudo, quando eram utilizados como fonte regular e exclusiva de sustento, poderiam exigir demais do corpo e debilitar os intestinos.

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

Quando em 1831 tive a honra de vos submeter algumas observações

44 *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 54, 1832, p.256.

45 *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 54, 1832, p.256.

46 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p.352.

sobre esta interessante moléstia, dei-lhe o nome de *anemiaintestinal*; e ainda que essa denominação fosse repetida e aceita na Europa, acho hoje que lhe não convém, por induzir a erro, tanto como as palavras opilação ou obstrução que nada significam senão a ideia falsa que faziam os antigos humoristas das nossas moléstias. Se anemia exprime falta de sangue, creio que a quantidade desse líquido não se acha consideravelmente diminuída, mas somente alteradas as suas qualidades, e pelo que já dissemos, as desordens do canal intestinal não se podem considerar como o ponto de partida em todos os casos⁴⁷.

Jobim reconsiderou a nomenclatura em seu novo texto, no qual concordava que a moléstia não estava diretamente ligada aos intestinos. A alimentação, antes considerada como fator essencial para o desenvolvimento da doença, tornava-se um elemento complementar da causa principal que é o clima da região. Ele argumenta que na Europa, em ciclos de fome e miséria, esta doença não era identificada, sugerindo que aquela enfermidade seria desconhecida no velho continente. Assim, Jobim defendia que a nova denominação de *hypoemia intertropical* era a mais adequada, cuja definição era: **“inferioridade ou pobreza de sangue própria dos países que ficam entre os trópicos”**.

Dessa forma, a definição da doença passou de uma enfermidade ligada essencialmente às condições intrínsecas da pobreza – como a alimentação precária e vestimentas e habitações inadequadas –, para uma doença provocada pela ação deletéria do clima quente e úmido, responsável pela inferioridade do sangue de seus habitantes.

Para comprovar sua teoria sobre o empobrecimento do sangue causado pela doença, Jobim realizou uma análise comparativa entre o sangue extraído de um europeu “afetado de paralisia crônica e incompleta nos membros superiores e inferiores de constituição robusta” e de um africano “bem manifestadamente hypoêmico, e no estado mais simples da moléstia”. Para garantir a igualdade de condições ambientais, certificou-se de que ambos “viviam a muitos anos nesta

47 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p. 350.

cidade, a cujo clima achavam-se afeitos.” Com estes exames Jobim demonstrou a “grande pobreza de fibrina” no sangue do escravizado acometido pela moléstia, o que, de acordo com o médico, comprovava a pobreza do sangue dos hipoêmicos⁴⁸.

O teste no sangue do africano internado na Santa Casa era a comprovação para Jobim da composição alterada do sangue dos habitantes dos trópicos. Os hábitos alimentares, a moradia, os costumes tornavam-se aspectos secundários, que contribuiriam para a manifestação da doença. Estes fatores poderiam ser removidos ou combatidos. O clima, no entanto, era soberano, imutável. Isto tornava aquela doença uma “prova da inferioridade biológica dos brasileiros frente aos povos dos climas frios”⁴⁹.

É uma interessante digressão verificar o quanto temos o olhar treinado para enxergar aquilo que podemos (ou queremos) ver. Com o estudo da parasitologia, pesquisadores identificaram o *Anchylostomum duodenale* como agente responsável pela “opilação”. No entanto, o arcabouço cultural e científico de Jobim tornava mais plausível a ideia de que aquela era uma doença provocada pela conjugação entre o clima quente e úmido e hábitos alimentares, vestimentas e habitações inadequadas. Apesar de considerar as verminoses como patologias frequentes entre os cativos e pobres, estas teriam outras consequências na economia do organismo. De fato, para o autor, a presença de vermes no corpo dos negros era uma condição quase que naturalizada:

Os vermes, e particularmente o toenia, e as ascáridas lambricoidas (sic), abundam muito, sobretudo em certas épocas, nas crianças e nos pretos. Destes, raríssimo é o que sucumbe, a moléstias mesmo muito diferentes, que não tenha, a maneira dos cães, ao menos uma ou duas ascáridas no estômago.⁵⁰

48 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p. 357-358.

49 FERREIRA, Luiz Otávio. Op.cit., 1996. p.149.

50 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p.303.

A presença de vermes era identificada pelo médico entre os pacientes “opilados” ou hipoêmicos. Este fato, porém, era considerado como um dos sintomas da doença. Recomendava a gameleira “para combater a inércia intestinal, expelir mucosidades e os vermes” apenas nos casos em que o doente não estivesse debilitado, caso contrário os vômitos e diarreia poderiam ser perigosos e levar o paciente à morte⁵¹.

A partir da observação de cativos e de libertos ou livres pobres internados da Santa Casa, Jobim estabeleceu uma identidade nosológica aceita pela comunidade científica e que perdurou por décadas. Mesmo com a emergência da parasitologia, médicos defenderam as teses de Jobim sobre a causa da doença contra a teoria que indicava o nematóide⁵² como o responsável por aquele quadro clínico⁵³.

Podemos verificar que os estudos de Jobim sobre as doenças que acometiam pobres e escravizados do Rio de Janeiro, foram construídos no âmbito da interseção de instituições médicas da corte. O método de investigação adotado, assim como suas reflexões e conclusões, eram muito semelhantes ao discurso sobre as moléstias. É possível afirmar após a leitura do primeiro texto, e da discussão que este gerou na academia durante a sua leitura, que ele é um esboço – ou apresentação – do início dos estudos que culminaram em seu discurso clássico.

Cruz Jobim elaborou seu primeiro ensaio sobre a tísica e a opilação baseado em sua vivência profissional no Hospital da Misericórdia. Submeteu seus relatos e conclusões sobre o tema à apreciação de seus pares que discutiram a matéria. Durante o debate, suas ideias receberam tanto manifestações de apoio dos ouvintes como ressalvas de alguns doutores que apresentaram divergências de opiniões. Jobim defendeu seus pontos de vista e incorporou ao texto do segundo

51 JOBIM, José Martins da Cruz. Op.cit., 1841. p.359.

52 *Anchylostomumduodenale*.

53 EDLER, Flávio. Opilação, hipoemia ou ancilostomíase? A sociologia de uma descoberta científica. *Varia Historia*, Belo Horizonte, v. II, n.32, pp.48-74, 2004.

discurso muitos elementos que surgiram a partir das discussões do primeiro estudo, construindo assim um dos mais importantes estudos sobre a geografia médica da primeira metade do século XIX.

O corpo escravo está presente em todo o processo de construção do texto. A observação empírica nos escravizados enfermos internados naquele hospital, a autópsia naqueles que sucumbiam à doença, o estudo dos costumes e cotidiano destes e, ainda, a disponibilidade de seus corpos para testes, como o que foi realizado com o sangue do africano opilado, foram ações fundamentais para o processo de elaboração de suas teorias. O corpo escravo era, assim, indissociável do processo de construção do saber médico.

A presença dos escravizados nos relatórios, comunicações médicas e artigos publicados nos periódicos médicos nos mostram o interesse médico pelos cuidados de saúde desta considerável parcela da população. Dessa forma, ao contrário do que afirma parte da historiografia sobre o tema, era impossível para os médicos ignorarem a presença dos africanos, seus descendentes e suas doenças. A profusão destes corpos de pretos escravizados ou livres disponíveis em busca de cuidados de saúde permitiu, em muitos casos, o desenvolvimento de saberes médicos. Mesmo que não citados explicitamente, estavam na base da literatura médica imperial. Figuram constantemente nas linhas e entrelinhas dos textos científicos, doentes, dissecados e, em alguns casos, curados de suas moléstias.

Bibliografia

- ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Vida privada e ordem privada no Império. In: NOVAIS, Fernando A. (org.). *História da vida privada no Brasil*. vol. 2, São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). José Martins da Cruz Jobim. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *As artes de curar nos tempos do cólera*: Recife,

1856. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.
- EDLER, Flávio. Opilação, hipoemia ou ancilostomíase? A sociologia de uma descoberta científica. *Varia Historia*, Belo Horizonte, n.32, pp.48-74, 2004.
- Extratos do relatório do provedor da santa casa de misericórdia com algumas notas. *Revista Médica Fluminense*, vol.5, n.6, set. 1839.
- FAURE, Olivier. O olhar dos médicos. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELO, Georges. *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos da primeira metade do século XIX*. 1996. 176f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- _____. Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos. In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.
- FIGUERÔA, Sílvia. Para pensar a vida de nossos cientistas tropicais. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antônio Augusto Passos (org.). *Ciência, Civilização e Império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.
- FLECK, Ludwik. *La génesis y desarrollo de un hecho científico*. Madri: Alianza, 1986.
- GRANSHAW, L. The Hospital. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (org.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 2. London: Routledge. 2001.
- GOMES, Flávio dos Santos et al. *Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX*. São Paulo: Alameda, 2006.
- JOBIM, José Martins da Cruz. Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro. *Revista Médica Brasileira*, Rio de Janeiro, n.6-7, 1841.
- _____. Observações sobre a tísica pulmonar e a enfermidade vulgarmente conhecida como opilação. *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.42, out. 1831.
- JORDANOVA, Ludmila. Earth Sciences and environmental Medicine : the synthesis of the late Enlightenment. In: _____; PORTER, Roy (org.). *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*. Chalfont St. Giles: B.S.H.S., 1979.

- KURY, Lorelai. *O Império dos Miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. 1990. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.
- LIMA, Silvio Cezar de Souza. *O Corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)*. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
- LÖWY, Ilana. Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde-de-Manguinhos*, vol. I, n.1, 1994.
- PESTRE, Dominique. Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos IG/Unicamp*, Campinas, v.4, n.1, 1996.
- PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. 2003. Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- PIMENTA, Tânia Salgado. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- SAVITT, T.L. *Medicine and Slavery: The diseases and Health Care of Blacks in Antebellum Virginia*. University of Illinois Press, 2002.
- SCHÄFER, Lothar; SCHNELLE, Thomas. Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia. In: FLECK, Ludwik. La génesis y desarrollo de un hecho científico. Madri: Alianza, 1986. *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.54, jan. 1832.
- SIGAUD, Joseph-François-Xavier. Os remédios da moda e a moda dos remédios. *Diário de Saúde*, Rio de Janeiro, n. 4, 1835.
- SOARES, Carlos Eugênio L.; GOMES, Flávio dos Santos; FARIAS, Juliana B. *No labirinto das nações: africanos e identidades no Rio de Janeiro, século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.
- SOARES, Ubaldo. *A escravatura na Misericórdia: subsídios*. Rio de Janeiro, Fundação Romão de Matos Duarte, 1958.

Recebido em: 22/06/2018 – Aprovado em: 04/11/2018